



BACHELORARBEIT

Herr
Tobias Oerterer

**Prävention und Rehabilitation
von Bewegungsmangel-,
Wohlstands- und
Zivilisationskrankheiten**

2013

Fakultät: Medien

BACHELORARBEIT

Prävention und Rehabilitation von Bewegungsmangel-, Wohlstands- und Zivilisationskrankheiten

Autor:
Herr Tobias Oerterer

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM09w2-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Otto Altendorfer M.A.

Zweitprüfer:
Kathrin Lehmann M.A.

Einreichung:
Mittweida, 19.09.2013

Bibliografische Angaben

Autor: Oerterer Tobias

Thema der Bachelorarbeit: Prävention und Rehabilitation von Bewegungsmangel-,
Wohlstands- und Zivilisationskrankheiten

71 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2013

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem immer häufigeren Auftreten der Bewegungsmangel-, Wohlstands- und Zivilisationskrankheiten in der heutigen Zeit. Nach der Einführung in den medizinischen Hintergrund der auftretenden Folgekrankheiten wird aus verschiedenen Gesichtspunkten auf deren Ursachen eingegangen. Anschließend wird der eigentliche Kern der Arbeit, die Prävention, Rehabilitation und deren Maßnahmen anhand eines ausgewählten mittelständischen Unternehmens analysiert. Das Ziel der Arbeit ist es, sowohl die wirtschaftlichen, als auch die gesundheitsförderlichen Vorteile der Prävention im Gegensatz zur Rehabilitation aufzuzeigen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Medizinischer Hintergrund	2
2.1	Bewegungsmangelkrankheiten.....	2
2.1.1	Stoffwechselbedingte Krankheiten.....	3
2.1.2	Kardiovaskulär bedingte Krankheiten	7
2.1.3	Muskuloskelettal bedingte Erkrankungen.....	10
2.1.4	Pulmonal bedingte Erkrankungen	14
2.2	Psychische Erkrankungen	17
2.2.1	Depression.....	17
2.2.2	Sucht.....	19
2.3	Burnout-Syndrom	22
3	Ursachen für vermehrte Bewegungsmangel-, Wohlstands- und Zivilisationskrankheiten.....	23
3.1	Fehlen natürlicher Feinde.....	24
3.2	Ausbreitung und Weiterentwicklung neuer Krankheiten	24
3.3	Industriewandel, Globalisierung, Technisierung	25
3.4	Demographischer Wandel	25
3.5	Ballungsräume.....	27
3.6	Gesellschaftswandel.....	28
3.7	Arbeitsumgebung	29
3.8	Stellenabbau.....	30
4	Prävention.....	31
4.1	Unternehmensanalyse.....	33
4.1.1	Vorstellung der Struktur des Beispielunternehmens	33
4.1.2	Vorhandene Präventionsmaßnahmen	35
4.1.3	Vorschläge für neue Maßnahmen.....	37
4.1.4	Ergänzungen zu vorhanden Präventionsmaßnahmen	39
4.2	Gesundheitsmanagement.....	41
4.2.1	Vorteile und Nachteile des betrieblichen Gesundheitsmanagements ...	42
4.2.2	Anwendung von Bonussystemen.....	43
4.2.3	Positive Verstärker von Präventionsmaßnahmen	43
5	Rehabilitation	44

6	Aufwand-Nutzen-Betrachtung	45
6.1	Kosten-Nutzen.....	45
6.2	Betriebssport im Feierabend als Kosten-Nutzen-Effizienz.....	47
6.3	Reflektieren der Aufwand-Nutzen-Betrachtung	48
7	Fazit	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übergewicht bei Erwachsenen in Prozent	3
Abbildung 2: Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung	26
Abbildung 3: Anteile Wirtschaftssektoren am Bruttoinlandsprodukt 2012 ausgewählter Länder	29
Abbildung 4: Die Ernährungspyramide	41

Abkürzungsverzeichnis

COPD	chronic obstructive pulmonary disease
CT	konventionelle Insulintherapie
IDF	internationale Diabetes-Föderation
HDL	High Density Lipoprotein
LDL	Low Density Lipoprotein
OAD	orale Antidiabetika
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit

1 Einleitung

Das Gesundheitswesen steht wie alle anderen Branchen und Sektoren der Arbeitswelt vor wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Herausforderungen. Eine sehr große Herausforderung ergibt sich aus den Arbeitsmarktprognosen sowohl für die Pflegeberufe als auch für die medizinischen Berufe. Beispielsweise in der Pflege führt der demographische Wandel in Kombination mit nicht ausreichend attraktiven Arbeitsbedingungen jetzt schon in Teilbereichen zu einem Arbeitskräftemangel.¹ Einerseits muss vor allem für das Gesundheitssystem in Deutschland ein Verbesserungsprozess eingeführt werden, der die konkreten Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten hilft² und die Beschäftigten dabei unterstützt, gesunde Lebensgewohnheiten anzunehmen. Andererseits muss dieser Verbesserungsprozess auch bei Eintreten von Beeinträchtigungen die langfristige Teilnahme am Arbeitsleben fördern. Für die Mitarbeiter bedeuten die Verbesserung der Arbeitssituation sowie die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen eine deutliche und nachhaltige Verbesserung der individuellen Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Die Berufe im Gesundheitssektor fordern vollen Einsatz der Beschäftigten. Da in Schichten gearbeitet wird ist die Erholungszeit zwischen den Schichten ein sehr wichtiger Bestandteil der Rückgewinnung der Leistungsfähigkeit. Gerade das Ausbleiben von Erholungsphasen ist einer der Gründe für die Zunahme des Burnout-Syndroms.³ Aber es gibt verschiedene Ursachen für das Ausbleiben der Erholungsphasen. Zum einen nehmen die Mitarbeiter die Bedürftigkeit nach Erholung nicht wahr bzw. sind die Barrieren wie zum Beispiel Angst vor Arbeitsplatzverlust zu hoch. Andererseits fehlt es den Mitarbeitern an Erholungskompetenz. Das heißt ihnen fehlt das Wissen, welche Erholungsaktivitäten für ihre individuelle Belastung geeignet sind bzw. an wen sie sich wenden können, um diese Aktivitäten nutzen zu können.

In dieser Arbeit werden zunächst verschiedene Folgekrankheiten von Bewegungsmangel, Überarbeitung und weitere sogenannte Zivilisationskrankheiten erläutert. Anschließend wird auf die Ursachen der vermehrt auftretenden Erkrankungen eingegangen und inwiefern diese durch einen Wandel der Gesellschaft hervorgerufen werden. Anhand eines Beispielunternehmens soll abschließend durch die Analyse der individuell getroffenen Maßnahmen dieses Unternehmens verdeutlicht werden, welche Möglichkeiten dem betrieblichen Gesundheitsmanagement zur Verfügung stehen, um dieser alarmierenden

¹ Vgl. Kopetsch, 2010: 20f.

² Vgl. Bundesanstalt für Arbeit: IAB - Kurzbericht 2003

³ Vgl. Lohmann-Haislah, 2012

Entwicklung mit Präventionsmaßnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen entgegenzuwirken. Das Ziel dieser Arbeit ist die Analyse eines Beispielunternehmens in Bezug auf dessen Präventionsmaßnahmen. Darüber hinaus soll auf mögliche Ergänzungen zu bestehenden Maßnahmen des Unternehmens eingegangen werden und die Prävention im Allgemeinen als Bestandteil von Gesundheitsmanagement erläutert werden. Abschließend wird das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen von Prävention im Gegensatz zu Rehabilitation betrachtet und inwiefern das Beispielunternehmen diesen Bereich verwirklicht.

2 Medizinischer Hintergrund

Im Folgenden wird eine Auswahl der am häufigsten vorkommenden Bewegungsmangelkrankheiten und Zivilisationskrankheiten, psychischen Erkrankungen und außerdem das Burnout-Syndrom aufgeführt. Diese Krankheiten werden nach dem folgenden Schema vorgestellt: zuerst eine kurze Beschreibung der Charakteristika, anschließend werden deren Folgen für die Gesundheit erläutert und letztlich mögliche Behandlungsmöglichkeiten beschrieben.

2.1 Bewegungsmangelkrankheiten

Erst wird auf die Krankheiten eingegangen, die neben anderen Einwirkungen entweder durch Bewegungsmangel hervorgerufen werden oder, bei bereits aufgetretenen Krankheiten, sich durch Bewegungsmangel weiter verschlechtern. Jede dieser Krankheiten ist unter anderem durch sportliche Aktivität behandelbar oder die Symptome werden durch die Bewegung deutlich verringert.

2.1.1 Stoffwechselbedingte Krankheiten

Adipositas

Adipositas wird im üblichen Sprachgebrauch auch als Fettleibigkeit oder Fettsucht bezeichnet. Von Übergewicht spricht man bei Frauen ab einem Taillenumfang von 80 bis 88 cm und bei Männern ab einem Taillenumfang von 94 bis 102 cm. Wenn der Taillenumfang die Obergrenze dieser Bemessung überschreitet, bei Männern größer als 102 cm und bei Frauen größer als 88cm, spricht man von starkem Übergewicht oder einer sogenannten Adipositas.⁴

Der ausschlaggebende Faktor der Adipositas ist die Fettverteilung des Körpers. Es wird zwischen dem „Apfel-“ und dem „Birnentyp“ unterschieden. Hierbei ist der Apfelpfyp, also eine bauchbetonte Fetteinlagerung, wesentlich gesundheitsbedrohender als der hüftbetonte Birnentyp.⁵ Auch der Anteil der Fettmasse muss beim Faktor Gesundheit Übergewicht genau im Auge behalten werden. Bei Männern beginnt eine Adipositas bei Überschreitung der Fettmasse von 20 Prozent des Körpergewichts. Frauen sind ab 25 bis 30 Prozent Anteil der Fettmasse am Körpergewicht gefährdet. Heutzutage ist jeder zweite Erwachsene übergewichtig und jeder fünfte adipös.⁶ In der Abbildung 1 kann man die Prozentzahl der übergewichtigen Personen in Ländern weltweit sehen, die laut der „Organization for Economic Cooperation and Development“ die meisten übergewichtigen und adipösen Personen beherbergen.

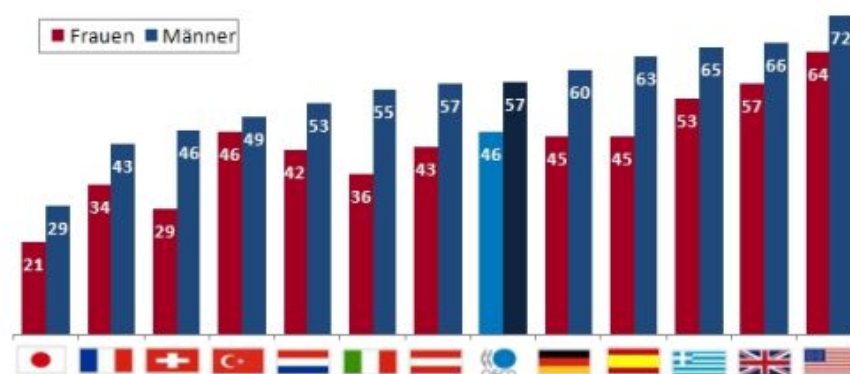


Abbildung 1: Übergewicht bei Erwachsenen in Prozent⁷

⁴ Vgl. DGEM, 2007

⁵ Vgl. Zielke, 1990: 102ff.

⁶ Vgl. Hesecker, Schmid, 2000

⁷ Vgl. OECD, 2010

Zusätzlich zu langfristigen Gelenkschäden treten fast immer Begleiterkrankungen auf. Bluthochdruck, Diabetes Mellitus Typ 2 und erhöhte Blutfettwerte sind die häufigsten Begleiterkrankungen und in Verbindung mit starkem Übergewicht für teilweise irreparable Herz-Kreislauf Schäden verantwortlich.⁸ Daher steht Adipositas weit oben auf der Liste, der für Todesfälle verantwortlichen Krankheiten in Deutschland.

Die Behandlungsmöglichkeiten von Adipositas sind klar begrenzt: körperliche Aktivität und Ernährungsumstellung. Durch die Ernährungsumstellung erfolgt eine Gewichtsreduktion, die gleichzeitig hilft körperliche Aktivitäten erfolgreich durchzuhalten. Körperliche Aktivität hilft zusätzlich das Übergewicht zu bekämpfen und ermöglicht den Betroffenen sich schneller gesund zu fühlen und auch zu werden.⁹

Dyslipoproteinämie

Die Dyslipoproteinämie wird oft gleichbedeutend mit der Hyperlipoproteinämie verwendet und beschreibt ein Missverhältnis der Fetteiweiße. Dagegen ist die Hyperlipoproteinämie der ausschlaggebende Faktor dafür, dass die Fetteiweiße erhöht sind. In der Medizin unterscheidet man zwischen zwei Formen dieser Erkrankung. Die primäre Dyslipoproteinämie tritt als vererbbarer Defekt in Form des Missverhältnisses der Fetteiweiße auf. Die sekundäre Dyslipoproteinämie entsteht, wie auch viele andere Stoffwechselkrankheiten, durch falsche Ernährung und/oder Bewegungsmangel. Oft geht die Dyslipoproteinämie mit Diabetes Typ 2 oder starkem Übergewicht bis hin zu Adipositas einher.¹⁰

Fettproteine sind dafür zuständig Cholesterin, eine fettähnliche Substanz, im Blut zu transportieren.¹¹ Der Transport des Cholesterins über Eiweißstoffe ist notwendig, da Blut hauptsächlich aus Wasser besteht und somit mit Fett nicht dauerhaft mischbar ist.

Der Begriff Dyslipoproteinämie bezieht sich auf das Missverhältnis dieser Fettproteine, die in Kurzform „HDL“ und „LDL“ heißen. Dabei steht das HDL (High Density Lipoprotein - Lipoprotein hoher Dichte) für das „gute“ Protein und das LDL (Low Density Lipoprotein - Lipoprotein geringer Dichte) für das „schlechte“ Protein.¹² Das HDL Protein hat die Aufgabe, Cholesterin aus den Zellen in die Leber zu transportieren. Dagegen befördert das LDL Protein Cholesterin von der Leber in die

⁸ Vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2008

⁹ Vgl. DAG: Gesundheitsproblematik, 2010

¹⁰ Vgl. Richter WO, 2003

¹¹ Vgl. Lerch et al., 2002

¹² Vgl. Oxford Journals, 2002

Zellen. Bei Dyslipoproteinämie befinden sich mehr LDL Proteine im Körper. Der Transport von Cholesterin in die Zellen ist somit größer, als der Abtransport. Dies hat zur Folge, dass ein Überschuss an Cholesterin in den Zellen entsteht und das LDL Protein nur wenig weiteres Cholesterin in die Zellen transportieren kann. Stattdessen wird Cholesterin in den Arterien abgelagert und es kann zur Arteriosklerose (Arterienverkalkung) kommen.¹³ Wenn langfristig nichts gegen die Dyslipoproteinämie unternommen wird, kann die Arteriosklerose zu Herz-Erkrankungen oder Schlaganfällen führen. Zusätzlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Insulinresistenz, also der Erkrankung an Diabetes Mellitus Typ 2 durch eine Dyslipoproteinämie sehr hoch. Daher werden diese Krankheiten meist miteinander assoziiert.

Oft wird eine Dyslipoproteinämie erst sehr spät bemerkt, da die Fettstoffwechselstörung sich nicht sofort bemerkbar macht. Die Behandlungsmöglichkeiten des Missverhältnisses sind eine cholesterin- und fettarme Diät, Medikamente zum Absenken des LDL Proteins im fortgeschrittenen Stadium und sportliche Bewegung zur allgemeinen Gewichtsreduktion.¹⁴

Diabetes Mellitus Typ I + II

Eine weitere Stoffwechselerkrankung ist Diabetes Mellitus, im Volksmund auch als „Zuckerkrankheit“ bekannt. Diese Erkrankung wird auch in zwei Typen untergliedert, da es verschiedene Erkrankungsursachen gibt.

Der Typ I Diabetes, auch Jugenddiabetes genannt, weil er im Kindes- und Jugendalter auftritt, entsteht durch eine Autoimmunreaktion des Körpers. Hierbei wendet sich das Immunsystem gegen die körpereigenen Insulinproduzierenden Zellen in der Bauchspeicheldrüse.¹⁵ Es kann anfangs nur noch wenig, mit Verlauf der Krankheit gar kein Insulin mehr hergestellt werden. Das Hormon Insulin ist im Körper für den Abbau von Zucker im Blut zuständig und hat außerdem die Schlüsselfunktion bei der Energiebereitstellung des Körpers für Muskeln inne.

Für Diabetes Mellitus I gibt es nur eine Behandlungsmöglichkeit: die lebenslange Substitution von Insulin.¹⁶ Allerdings helfen körperliche Aktivität und Disziplin im Umgang mit Diabetes in hohem Maße. Dadurch kann der Langzeit-Blutzucker, der HbA1c, niedrig gehalten werden und es entstehen keine Folgeerkrankungen.¹⁷

¹³ Vgl. Oxford Journals, 2002

¹⁴ Vgl. Gesundheit im Netz: Dyslipoproteinämie, 2011

¹⁵ Vgl. Nawroth, 1999: 87f.

¹⁶ Vgl. Nawroth, 1999: 130ff.

¹⁷ Vgl. Nawroth, 1999: 111

Typ II Diabetes, welcher auch Altersdiabetes genannt wird, weil er erst ungefähr ab dem 40. Lebensjahr auftritt, wird entweder vererbt oder manifestiert sich aufgrund körperlicher Veranlagung.¹⁸ Doch in den letzten Jahren erkrankten immer mehr Kinder und Jugendliche an Diabetes Mellitus Typ II, wobei auch die Gesamtzahl der Erkrankungen extrem stark angestiegen ist und weiterhin ansteigen wird. Beim Typ II Diabetes handelt es sich um eine Insulinresistenz, welcher anfangs vom Körper durch eine erhöhte Produktion von Insulin entgegengewirkt wird. Im unbehandelten Verlauf der Krankheit ist die Bauchspeicheldrüse aufgrund der langfristigen Überproduktion von Insulin ausgelaugt und reduziert die Insulinproduktion unter die Normalmenge bzw. stellt die Produktion ganz ein.¹⁹ Typ II Diabetes ist meist verbunden mit starkem Übergewicht, Adipositas und anderen Stoffwechselerkrankungen.

Zu den Behandlungsmöglichkeiten gehört eine unbedingt notwendige körperliche Aktivität und eine Ernährungsumstellung, die zu Gewichtsreduktion führen soll. Bei vielen Patienten wird die Krankheit aber zu spät diagnostiziert. Daher müssen in diesen Fällen Medikamente wie OAD (orale Antidiabetika) eingenommen, wie auch beim Typ I Diabetes eine CT (konventionelle Insulintherapie) durchgeführt oder eine Kombination beider Möglichkeiten angewandt werden.²⁰

Die Anzahl der Diabetes-Erkrankungen stieg in den letzten 10 Jahren um 25 Prozent auf 7 Millionen Diabetiker in Deutschland. Hiervon sind etwa 10 Prozent Typ I Diabetiker und 90 Prozent Typ II Diabetiker. In den nächsten 20 Jahren wird es, laut Schätzungen, einen Zuwachs an Diabetikern von 40 bis 50 Prozent geben, wovon 90 bis 95 Prozent Typ II Diabetiker sein werden.²¹

Metabolisches Syndrom

Das Metabolische Syndrom bezeichnet mehrere stoffwechselbedingte Symptome, die gleichzeitig auftreten. Meist sind dies die bereits beschriebenen Krankheitsformen: Diabetes Mellitus Typ II, Adipositas und erhöhte Blutfette

¹⁸ Vgl. Nawroth, 1999: 172

¹⁹ Vgl. Nawroth, 1999: 217

²⁰ Vgl. DZD, 2013

²¹ Vgl. Thurm, Gehr: Diabetes- und Sportfibel, 2005: 53f., 169f.

(Dyslipoproteinämie), zu denen noch Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie) hinzu kommt.²²

Alle Symptome sind Folgen eines Lebensstils mit wenig körperlicher Aktivität und Überernährung, weshalb man von Wohlstandskrankheiten spricht. Da jede Krankheit die Sterblichkeitsrate drastisch erhöht, spricht man beim metabolischen Syndrom oft auch vom „tödlichen Quartett“.²³ Bei allen Krankheitsbildern können Gefäßschädigungen auftreten, die für Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich sind. Da beim metabolischen Syndrom gleich mehrere dieser Krankheitsbilder gleichzeitig auftreten, ist das Risiko nochmal erhöht.

Folgende Faktoren können zur Entwicklung eines metabolischen Syndroms beitragen: Übergewicht, zu wenig körperliche Aktivität, zu fett- und cholesterinhaltige Nahrung, erhöhter Alkoholkonsum, Rauchen, Stress über längere Zeit.

Grenzwerte eines metabolischen Syndroms wurden 2005 von der internationale Diabetes-Föderation (IDF) festgelegt, um die Diagnose zu vereinheitlichen. Dabei geht man von einer Adipositas aus und es müssen zusätzlich zwei der drei Begleitkrankheiten Diabetes Mellitus Typ II, Bluthochdruck oder erhöhte Blutfette vorliegen.²⁴

Nachdem nun Stoffwechsel bedingte Erkrankungen ausführlich behandelt wurden, werden im nächsten Abschnitt kardiovaskulär bedingte Krankheiten erörtert.

2.1.2 Kardiovaskulär bedingte Krankheiten

Unter den kardiovaskulär bedingten Krankheiten sind die im folgenden Abschnitt beschriebenen Krankheiten, die am häufigsten Vorkommenden. Diese Krankheiten beziehen sich ausschließlich auf das Herz-Kreislauf-System, welches schon durch geringe Beeinträchtigungen gefährlich für die Gesundheit der Betroffenen sein kann.

²² Vgl. Der Internist, 2007

²³ Vgl. Journal für Kardiologie, 2005

²⁴ Vgl. BDI: Metabolisches Syndrom, 2013

Arterielle Hypertonie

Bluthochdruck, oder auch arterielle Hypertonie genannt, ist weit verbreitet in den westlichen Industrieländern.²⁵ Diese Krankheit wird daher auch oft auch als Zivilisations- bzw. Wohlstandskrankheit angesehen, da sie durch Bewegungsmangel oder Übergewicht verursacht wird.²⁶ Die arterielle Hypertonie ist eine Herz-Kreislaufkrankheit und nimmt im Alter stark zu, wobei sie aber auch bei Kindern und Jugendlichen immer häufiger diagnostiziert wird. Zunächst haben Betroffene oft über lange Zeit keine Beschwerden oder erkennen Bluthochdruck nicht als Krankheit an. Daher werden erste Anzeichen oft auch erst durch Organschäden an Herz, Niere, Gehirn oder Augen erkannt, die sich in Form von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Nierenschwächen und Einbußen des Sehvermögens bemerkbar machen.²⁷

Knapp die Hälfte aller Todesfälle in Deutschland geht auf Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems zurück. Daher ist Bluthochdruck einer der wichtigsten Risikofaktoren und muss frühestmöglich behandelt werden.

Die Behandlungsmaßnahmen sind Änderungen des Verhaltens auf einen aktiven Lebensstil, körperliche Bewegung und eine Umstellung auf eine gesunde Ernährung. Regelmäßige Arztbesuche sind als Vorbeugung und Kontrolle unabdingbar.²⁸

pAVK

Bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (kurz pAVK), im Volksmund auch „Schaufensterkrankheit“ genannt, handelt es sich um einen Arterienverschluss herzferner Extremitäten.²⁹ Dadurch können angrenzende Körperregionen nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden. Mit fortschreitendem Krankheitsstadium entstehen schlecht heilende Wunden und das betroffene Gewebe kann absterben.

Ist die pAVK akut, entstehen plötzliche starke peitschenhieb-ähnliche Schmerzen in der betroffenen Extremität. Es stellt sich ein Kältegefühl ein und die Gliedmaße wird blass. Ohne rechtzeitige Behandlung muss das Körperteil je nach Ausmaß der Mangeldurchblutung amputiert werden.³⁰

80 Prozent der akuten peripheren Arterienverschlüsse entstehen durch Ablagerungen von Plaque und durch Blutgerinnsel, die sich von der Arterienwand

²⁵ Vgl. Hense, 2004

²⁶ Vgl. Piesbergen et al., 1996: 211-223

²⁷ Vgl. BDI: Bluthochdruck, 2013

²⁸ Vgl. BDI: Bluthochdruck, 2013

²⁹ Vgl. Diehm, 2007

³⁰ Vgl. BDI: pAVK - Erste Anzeichen, 2013

lösen, durch das Blut weitertransportiert werden und sich an anderer Stelle festsetzen. Diese Verschlüsse werden Embolien genannt. In den anderen 20 Prozent der Fälle entsteht die Blockade direkt im Gefäß, in dem sich die Ablagerung oder das Blutgerinnsel gebildet hat.³¹

Der wichtigste Einzelrisikofaktor, der individuell beeinflussbar ist, ist das Rauchen. Raucher entwickeln dreimal so häufig eine Arteriosklerose als Nichtraucher³², und besitzen dadurch ein höheres Risiko eines Arterienverschlusses. Weitere Risikofaktoren sind Übergewicht, Diabetes Mellitus, zu hohe Blutfettwerte und Bluthochdruck. Außerdem sind Männer stärker gefährdet als Frauen.

Die Symptome der pAVK werden als die 6 Ps bezeichnet: pain, pulselessness, paleness, paraesthesia, paralysis, prostration (Schmerz, Pulsverlust, Blässe, Gefühlsstörung, Bewegungsunfähigkeit und Schock).³³ Wenn eine pAVK diagnostiziert ist und ein oder mehrere Symptome auftreten, sollten sofort erste Behandlungsschritte durchgeführt werden. Darunter fallen die Tieflagerung der Extremität, da Hochlagern weiteren Schmerz verursacht, Polsterung durch einen lockeren Watteverband, eventuelle Schmerzbehandlung und ein schnellstmöglicher Besuch der Klinik muss eingeleitet werden. Falls ein kompletter Verschluss vorliegt, der in weniger als sechs Stunden erkannt wird, muss dieser sofort operiert werden. Bei 96 Prozent der Patienten können die Extremitäten gerettet werden. Hält der Verschluss länger als sechs Stunden an, beträgt die Wahrscheinlichkeit einer Amputation bei 50 Prozent.

Vorsorge- und Schutzmaßnahmen bei der Diagnose von pAVK sind ein sofortiger Rauchstopp, Anstreben eines normalen Körpergewichtes, fett- und cholesterinarme Ernährung, Alkoholabstinenz und ausreichend körperliche Aktivität. Zudem können Medikamente zur Blutverdünnung vom Arzt verordnet werden, um pAVK in weit fortgeschrittenen Stadien eindämmbar zu gestalten.³⁴

Koronare Herzkrankheit

Die koronare Herzkrankheit ist eine weitere kardiovaskulär bedingte Krankheit, die durch eine Durchblutungsstörung des Herzens und als Folge verengter Herzkranzgefäße, der sogenannten Koronararterien, ausgelöst wird. In diesem Krankheitsbild kann der Herzmuskel nicht mit ausreichend Sauerstoff versorgt werden, was zu starken einschnürenden Schmerzen im Herzbereich führt, die auch

³¹ Vgl. BDI: pAVK.- Ursachen, 2013

³² Vgl. Journal für Hypertonie, 2007

³³ Vgl. BDI: pAVK - Symptome, 2013

³⁴ Vgl. BDI: pAVK - Vorsorge, 2013

als Angina Pectoris bekannt sind.³⁵ Dieser Schmerz tritt besonders bei erhöhtem Sauerstoffbedarf des Herzens auf, wie zum Beispiel bei körperlichen, aber auch seelischen Belastungen.

Die Ursache der koronaren Herzkrankheit ist die Arteriosklerose, also eine Arterienverkalkung, die durch folgende Risikofaktoren ausgelöst wird: Rauchen, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, Diabetes Mellitus, Adipositas, Bewegungsmangel, Herzinfarkte bei Angehörigen ersten Grades, Thromboseneigung und Stress.³⁶ Die Bekämpfung dieser Risikofaktoren ist Hauptbestandteil der Behandlung der Arteriosklerose und somit der koronaren Herzkrankheit. Nur durch die Beseitigung der Risikofaktoren kann eine Verkalkung der Herzkranzgefäße verhindert und Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkte, Herzinsuffizienzen, Herzrhythmusstörungen oder der plötzliche Herztod verhindert werden. Ein anderer Bestandteil der Behandlung der Arteriosklerose sind Medikamente, die zwar die Beschwerden lindern können, jedoch keine Lösung des ursprünglichen Problems darstellen, da die Risikofaktoren weiterhin bestehen und es dennoch zur koronaren Herzkrankheit kommen kann.³⁷

2.1.3 Muskuloskelettal bedingte Erkrankungen

Die in diesem Abschnitt werden die häufigsten Erkrankungen vorgestellt, die das menschliche Skelettsystem betreffen. Steigende Lebenserwartung, Fehlernährung, Bewegungsmangel und andere durch die Zivilisation und den Wohlstand hervorgerufenen Einflüsse, erhöhen die Belastung auf den menschlichen Körper enorm.

Osteoporose

Osteoporose, auch als Knochenschwund bezeichnet, ist eine chronische Erkrankung, bei der das Verhältnis von Knochenaufbau und Knochenabbau gestört ist. Zusätzlich ist auch die Knochendichte weit unter dem Normbereich, was die Knochen brüchig und instabil macht.³⁸ Die Osteoporose wird in zwei Formen unterteilt, die primäre und die sekundäre Form. Bei der primären Form handelt es

³⁵ Vgl. Gohlke, 1984: 593

³⁶ Vgl. Assmann, Schettler: 1987

³⁷ Vgl. Hamm: Koronare Herzkrankheit, 2010

³⁸ Vgl. Scheidt-Nave et al., 1998

sich um Osteoporose, die überwiegend nach den Wechseljahren bei Frauen und allgemein im Alter auftritt. Die Vitamin D Aufnahme des Körpers ist verringert, wodurch Kalzium nicht mehr in nötiger Menge in den Knochen eingelagert werden kann und sie daher brüchig werden. Die sekundäre Form der Osteoporose ist altersunabhängig und wird durch Störungen des Stoffwechsels oder des Hormonhaushalts. Zu diesen Störungen gehören beispielsweise Typ-1-Diabetes, Schilddrüsenüberfunktion oder rheumatoide Arthritis. Auch bestimmte Medikamente wie Kortison oder Antihormone können eine sekundäre Osteoporose auslösen.³⁹

Entgegen der landläufigen Meinung ist Osteoporose keine reine Frauenkrankheit. In Deutschland leidet jede dritte Frau nach den Wechseljahren und jeder fünfte Mann an Knochenschwund. Insgesamt sind in Deutschland etwa 25 Prozent aller Menschen über 50 Jahren betroffen. Davon sind 95 Prozent an der primären Form erkrankt. Da mit dem Alter die Gefahr durch osteoporosebedingte Knochenbrüche pflegebedürftig zu werden stetig steigt, wurde die Osteoporose von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu einer der zehn wichtigsten Volkskrankheiten der heutigen Zeit erklärt.⁴⁰

Einige Faktoren können das Risiko einer Osteoporose erhöhen. Darunter fallen die Bereiche falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Lebensalter, schlanker Wuchs und Schwangerschaft.⁴¹ Die Ernährung ist generell ein wichtiger Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Daher muss diese immer auf eine ausgewogen gehalten werden, wie zum Beispiel durch Berücksichtigung der Kalziumaufnahme. Da Kalzium eine große Rolle bei der Versorgung der Knochen spielt und damit auch aktiv zum Knochenaufbau beiträgt, können bestimmte Ernährungsweisen zu einer Mangelversorgung an Kalzium und Vitamin D führen. Dazu gehören bestimmte Diäten, überhöhter Kaffeeegenuss, Alkohol, Nikotin, Missbrauch von Abführmitteln und extrem phosphatreiche Nahrung. Die Dichte der Knochen kann stark durch Bewegung gefördert werden, da der Knochenstoffwechsel angeregt wird und somit bis ins hohe Alter auf natürliche Weise eine gute Erhaltung der Knochendichte nachzuweisen ist. Bei älteren Menschen stellt allerdings Bewegungsarmut aufgrund anderer Störungen wie Schwindel oder Muskelschwund ein erhöhtes Risiko für übermäßigen Knochenabbau dar. Die sogenannte Sturzkrankheit ist oft Bestandteil einer im hohen Alter verbreiteten Gebrechlichkeit, die ein sehr hohes Knochenbruchrisiko durch Stürze, wie zum Beispiel dem Oberschenkelhalsbruch, mit sich bringt. Weitere Risikofaktoren sind zum einen ein schlanker Wuchs, da überschlanke Menschen von vornherein weniger Ausgangsknochenmasse haben und schlechter auf Belastung reagieren. Zum anderen können Frauen auch während

³⁹ Vgl. Jakob, 2005

⁴⁰ Vgl. Bartl et al., 2003

⁴¹ Vgl. BDI: Osteoporose - Risikofaktoren, 2013

der Schwangerschaft an Osteoporose erkranken, da sie in der Stillzeit mit der Milch auch sehr viel Kalzium an das Kind abgeben. Normal kann der Körper diesen Verlust gut kompensieren, wenn jedoch bereits andere Risikofaktoren vorliegen sollten, kann sich eine permanente Osteoporose manifestieren.⁴²

Zur Osteoporose gibt es aber auch vielversprechende Behandlungsmöglichkeiten, die einen normalen Alltag möglich machen. Unter anderem gehören Medikamente, Bewegungstherapie und psychische Behandlung dazu. Grundlegend sollten aber Kalzium und Vitamin D erhöht mit der Nahrung oder in Form von Pulver oder Tabletten aufgenommen werden. Bei den Medikamenten gibt es zwei verschiedene Arten: diejenigen zum Bremsen des Knochenabbaus und diejenigen zum Stimulieren des Muskel- bzw. Knochenaufbaus. Die vielversprechendste Methode zur Behandlung von Osteoporose ist die Bewegungstherapie, da sie nicht nur gegen das akute Problem hilft, sondern im Allgemeinen auch wesentlich zur Gesundheit beiträgt.⁴³ Durch Stärkung von Muskulatur und Knochen werden Schmerzen gelindert und Sicherheit durch Stabilität auf natürliche Weise erzeugt. Das Wichtigste an der Bewegungstherapie bei Osteoporosepatienten ist eine individuelle Anpassung der Übungen, da zu starke Belastung die Gefahr eines Knochenbruchs erhöht statt sie zu verringern. Zusätzlich ist die Regelmäßigkeit der Übungen deutlich wichtiger als die Intensität. Eine weitere Behandlungsmöglichkeit ist die psychosoziale Betreuung. Oft leiden ältere Patienten nach Stürzen an Angstzuständen vor weiteren Verletzungen und müssen somit vor zunehmender Bewegungseinschränkung geschützt werden.⁴⁴

Falls all diese Behandlungsmaßnahmen während einer Behandlung von etwa drei Monaten ergebnislos verlaufen und somit keine Linderung des Schmerzes erreicht wird, muss ein operativer Eingriff, die sogenannte Kyphoplastie, vorgenommen werden. Diese Operation kann ausschließlich an Wirbeln der Wirbelsäule durchgeführt werden, da normale Knochen aufgrund der Größe und anderen Stabilität nicht geeignet sind. Bei der Operation wird entweder Knochenzement in den gebrochenen Wirbel eingesetzt und dieser damit stabilisiert, oder der beschädigte Wirbelkörper mit Hilfe eines kleinen Ballons ausgedehnt, was das Einbringen des Zementes erleichtert und den Knochen wieder etwas aufrichten kann.⁴⁵

⁴² Vgl. BDI: Osteoporose - Prognose, 2013

⁴³ Vgl. BDI: Osteoporose - Behandlung, 2013

⁴⁴ Vgl. BDI: Osteoporose - Behandlung, 2013

⁴⁵ Vgl. BDI: Osteoporose - Behandlung, 2013

Knorpelschäden und Gelenkerkrankungen

Die häufigste Gelenkerkrankung überhaupt ist die Arthrose. Mehr als die Hälfte aller Menschen im Alter von über 65 Jahren ist betroffen⁴⁶, was die Arthrose zu einer der verbreitetsten Krankheiten weltweit macht. Dabei entsteht ein fortschreitender Verlust des Gelenkknorpels durch den Abbau oder die fehlende Herstellung von Gelenkschmiere. Daraus resultiert eine überschüssige Bildung von Knochen am Rand der betroffenen Gelenke, um diese vor Bewegung und dadurch auch vor Schmerzen zu schützen. Da der Knorpel selbst keine Schmerzfasern hat, ist zu Beginn der Krankheit kein Schmerz vorhanden, der bei anfänglichen Knorpelverlusten eine Warnung weiterleiten könnte.⁴⁷ Somit kommt diese Art der Warnung erst zu spät, wenn Knochen oder umliegende Strukturen bereits betroffen sind.

Die Beschwerden sind sowohl bei der Arthrose, als auch bei anderen Gelenkverletzungen, die Knorpelschäden als Folge haben, gleich. Hauptsächlich schmerzen die Gelenke bei Bewegungen. Wenn diese Schmerzen nach anfänglicher Aktivität verschwinden oder geringer werden, bedeutet dies nur, dass durch die Bewegung mehr Gelenkschmiere produziert wird, diese aber nach gewisser Zeit wieder verbraucht ist und der Schmerz zurückkehrt.⁴⁸ Auch kann das Gelenk Anschwellen, da sich Wassereinlagerungen bilden um die fehlende Gelenkschmiere zu ersetzen und so das Abnutzen der Knochen zu verhindern. Bei fortschreitenden Knorpelschäden können sich die Schmerzen immer weiter verstärken, wobei auch im Ruhezustand Schmerzen auftreten. Im Endstadium folgt eine Selbsthilfefunktion des Körpers, indem sich Knochenanbauten am Gelenk bilden um vor allem die schmerzhafteste Beweglichkeit des Gelenks einzuschränken.⁴⁹

Die vielversprechendsten Behandlungsmaßnahmen der Arthrose und damit der häufigsten Knorpel- bzw. Gelenkerkrankung sind präventiv durchzuführen. Durch regelmäßige sportliche Aktivität können Knorpelschäden verhindert werden, aber auch bei leichter Arthrose kann Bewegung die Abnutzung enorm verlangsamen.⁵⁰ Im Verlauf einer sportlichen Aktivität wird der Knorpel besser durchblutet und es werden lokale Entzündungen gehemmt. Zudem werden die Zellen angeregt, die die Gelenkschmiere produzieren um genug Dämpfung zu gewährleisten, die der Knorpel benötigt, um sich nicht abzunutzen. Außerdem hilft Sport auch gegen Übergewicht, was ein großer Risikofaktor für Knorpelschäden ist. Das zu große Körpergewicht übt einen erhöhten Druck vor allem auf die Kniegelenke aus und belastet diese zu stark.

⁴⁶ Vgl. Zeitschrift für Rheumatologie, 2009

⁴⁷ Vgl. Sportklinik Stuttgart, 2013

⁴⁸ Vgl. Boschert et al., 2013

⁴⁹ Vgl. Boschert et al., 2013

⁵⁰ Vgl. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 2003

Durch Gewichtsreduktion wird damit nicht nur gegen die Stoffwechselkrankheiten vorgegangen, sondern auch Körperstrukturen-betreffende Erkrankungen können verhindert oder stark verlangsamt werden.⁵¹

2.1.4 Pulmonal bedingte Erkrankungen

Die Pulmonal bedingten Erkrankungen stehen zwar nur indirekt mit Bewegungsmangel in Relation, jedoch sind die Auswirkungen auch in diesem Bereich deutlich. Durch die Bewegung können auch hier Symptome gelindert werden und bietet den Betroffenen eine wichtige Behandlungsmaßnahme.

Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine chronische Erkrankung der Atemwege, bei der sich anfallsweise die Bronchien verengen. Kinder sind meist von allergischem Asthma betroffen, bei Erwachsenen tritt hauptsächlich eine nicht-allergische Form auf.⁵² Ab dem 20. Lebensjahr wird allergisches Asthma nur noch in weniger als einem Fünftel der Fälle nachgewiesen. Die Entstehung eines Asthmaanfalles ist vor allem durch äußerliche Reize, wie zum Beispiel kalte Luft, Wind, Staub, Lachen, Singen, bedingt. Dabei verkrampfen die glatten Bronchialmuskeln und die Bronchialschleimhaut schwillt an. Es entsteht ein ständig trockener Hustenreiz, der durch extrem klebrigen Schleim begleitet wird, da die Zähigkeit und Haftungsfähigkeit des Schleimes erhöht ist.⁵³

Die Beschwerden eines Asthma-Anfalles sind trockener Hustenreiz, Atemnot, Brustenge, zäher und eitriger Schleimauswurf und im Kindesalter ist auch auftretendes Fieber möglich. Ein Asthma-Anfall kann wenige Sekunden, aber auch mehrere Tage lang andauern.⁵⁴ Zu den Behandlungsmöglichkeiten zählt die Hyposensibilisierung, ein Aussetzen des Körpers mit geringen Mengen eines Allergens, wobei die Dosis langsam gesteigert wird. Somit kann sich der Körper an die Reize gewöhnen, die den Anfall auslösen. Auch Medikamente gehören zur Behandlung von Asthma: Bronchospasmolytika zur Beseitigung von Verkrampfungen der Bronchialmuskulatur, Kortikosteroide gegen Schwellungen und Sekretolytika als

⁵¹ Vgl. Langhoff, Rueth: Knorpelschäden, 2013

⁵² Vgl. Cegla, Ebinger: Asthma bronchiale, 2013

⁵³ Vgl. Cegla, Ebinger: Asthma bronchiale, 2013

⁵⁴ Vgl. Cegla, Ebinger: Asthma bronchiale, 2013

schleim- und sekretlösende Mittel. Ein weiterer wichtiger Punkt, der zur Vorbeugung von Asthma-Anfällen hilft, ist Bewegung bzw. sportliche Aktivität. Asthmatiker können durch Bewegung einerseits ein besseres Atemvolumen erlangen, das dazu führt, dass bei einem Anfall weniger Atemnot entsteht, und der Betroffene somit handlungsfähiger bleibt. Andererseits fördert Übergewicht die Anzahl der Asthma-Anfälle. Durch Bewegung wird Adipositas entgegengewirkt,⁵⁵ und die Anfall-Häufigkeit somit verringert. Ein wichtiger Punkt bei starken Anfällen ist die Atem- und Physiotherapie. Durch atemerleichternde Stellungen und Atemtechniken kann den Betroffenen das Überstehen eines Anfalles sehr erleichtert werden.⁵⁶ Daher sollten sich alle Asthmatiker bzw. deren Angehörige ausgiebig zu Vorgehensweisen in Sachen Atemtechniken bei Anfällen informieren.

Asthma kann nicht geheilt werden. Allerdings kann es durch die Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten besser verträglich gemacht werden und muss bei einer guten Einstellung nicht als Einschränkung im Alltag gesehen werden.⁵⁷

COPD

Das „C“ oder kurz COPD ist eine Erkrankung der unteren Atemwege, bei der sowohl Bronchien, als auch das Lungengewebe betroffen sind.⁵⁸ Fast alle chronische obstructive pulmonary disease Betroffenen sind Raucher, ehemalige Raucher oder Passivraucher, weshalb COPD umgangssprachlich auch als Raucherhusten bekannt ist. Die Verbreitung von COPD ist stark fortgeschritten und steht auf der Liste der Todesursachen weltweit auf Platz 3.⁵⁹ Da viele Patienten schon im Jugendalter mit dem Rauchen anfangen und es über Jahrzehnte betreiben, sind hauptsächlich Menschen im fortgeschrittenen Alter betroffen. Flimmerhärchen und eine dünne Schleimschicht innerhalb der Bronchien transportieren Schadstoffe ab und reinigen sie. Allerdings wird dieser Reinigungsmechanismus der Härchen durch Zigarettenrauch beschädigt und die Schleimdrüsen gereizt, weshalb der Abtransport gestört und sehr viel mehr Schleim produziert wird. Außerdem ist dieser Schleim ein idealer Nährboden für Erreger, welche zusätzlich die Funktion des Abtransportes von

⁵⁵ Vgl. DAG: Gesundheitsproblematik, 2010

⁵⁶ Vgl. Cegla, Ebinger: Asthma bronchiale, 2013

⁵⁷ Vgl. Cegla, Ebinger: Asthma bronchiale, 2013

⁵⁸ Vgl. Cegla, Ebinger: COPD, 2013

⁵⁹ Vgl. Cegla, Ebinger: COPD, 2013

Schleim stören und bei Voranschreiten der Krankheit die Strukturen irreparabel beschädigen. Es entsteht COPD.⁶⁰

Die Symptome der COPD werden oft als AHA-Symptome bezeichnet.⁶¹ Auswurf, Husten, Atemnot. Hierbei ist der Husten das erste Symptom. In den meisten Fällen ist er morgens am schlimmsten. Zusätzlich treten unter Belastung starke Hustenanfälle mit Auswurf auf, die auch zur Atemnot führen, da sich die Atemwege wegen entzündlicher Prozesse stark verengen. Die Symptome werden oftmals erst sehr spät bewusst wahrgenommen, da die meisten Patienten mit einem leichten Husten keine akute Krankheit verbinden. Die Atemnot steigert sich auch nur allmählich, weswegen COPD häufig erst im fortgeschrittenen Krankheitsstadium diagnostiziert wird.⁶²

Alle Behandlungsformen haben eine gemeinsame Voraussetzung: den absoluten Rauchstopp.⁶³ Ohne das Abstellen der Aussetzung des Körpers mit Schadstoffen, sind alle anderen Therapiemaßnahmen sinnlos, weshalb hierbei die erste Hürde entsteht. Ist diese Hürde erst einmal genommen, können verschiedene Lösungswege zu einer Verlangsamung oder im frühen Stadium sogar zum Rückgang führen. Es gibt verschiedene Medikamente, die durch Inhalation Entzündungen stoppen oder Antibiotika zur Bekämpfung von akuten bakteriellen Entzündungen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die sportliche Aktivität. Das Trainieren der Ausdauer lindert die vorhandenen Symptome und verringert Krankenhausaufenthalte.⁶⁴ Zusätzlich können auch Atemübungen helfen Husten- und Atemnotanfälle leichter zu überstehen. Eine weniger beliebte Therapiemaßnahme ist die Atemtherapie bzw. die Sauerstoff-Therapie. Hierbei wird über ein Gerät, das man wie eine Art Reisekoffer mit sich führen kann, mit Sauerstoff angereicherte Luft über eine Nasenbrille zugeführt. Viele Patienten fühlen sich durch diese Behandlungsart in ihrem Alltag eingeschränkt und tendieren dazu, andere Behandlungsmaßnahmen der Sauerstoff-Therapie vorzuziehen. Allerdings hilft die Sauerstoff-Therapie bei frühzeitigem Einsatz sogar die Symptome zu reduzieren und bewirkt dadurch effektiv eine Lebensverlängerung. Da bei akutem COPD häufig ein starker Gewichtsverlust auftritt, muss bei einem Großteil der Patienten die Ernährung auf fettreiche und hochkalorische Nahrung umgestellt werden um einem Teufelskreis entgegenzuwirken. Die Patienten haben aufgrund des Gewichtsverlustes weniger Nährstoffe im Körper gespeichert, die einerseits gebraucht werden um z.B. sportlich aktiv zu sein und andererseits für Motivation sorgen. Wenn die COPD weit

⁶⁰ Vgl. Cegla, Ebinger: COPD, 2013

⁶¹ Vgl. Fischer et al., 2007

⁶² Vgl. Cegla, Ebinger: COPD, 2013

⁶³ Vgl. Cegla, Ebinger: COPD, 2013

⁶⁴ Vgl. WMW, 2005

fortgeschritten ist und oben genannte Behandlungsmaßnahmen keine Wirkung mehr haben, ist für manche Patienten eine Lungenvolumenreduktion oder in Ausnahmefällen eine Lungentransplantation die letzte Möglichkeit. Eine Lungenvolumenreduktion wird zur Entblähung der Lunge eingesetzt, wobei Lungenventile in die überblähten Teile der Lunge integriert werden. Die Lungentransplantation ist nur sehr begrenzt durchführbar, da es sich hierbei um einen schweren Eingriff handelt und Spenderlungen nur in seltenen Fällen bereitgestellt werden können.⁶⁵

2.2 Psychische Erkrankungen

Heutzutage häufen sich auch immer mehr psychische Erkrankungen, die die unterschiedlichsten Gründe haben können. Der nächste Abschnitt wird auf die beiden psychischen Krankheiten eingehen, die sich am schnellsten ausbreiten und in den letzten Jahren immer mehr zu den häufigsten Wohlstands- und Zivilisationskrankheiten entwickelt haben.

2.2.1 Depression

Eine der am weitesten verbreiteten Krankheiten weltweit ist die Depression. Allein in Deutschland sind etwa 5 Prozent der Bevölkerung, etwa 4 Millionen Menschen betroffen.⁶⁶ Eine Depression kann jeden treffen, unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialem Status. Jedoch sind die meisten depressiven Episoden zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Die Ersterkrankung bei Depressionen liegt häufig im Alter von 16-20 Jahren, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Nachdem die Krankheit behandelt wurde, sind zwischen 10 und 15 Prozent der Patienten weiterhin gefährdet, eine oder mehrere depressive Phasen im Laufe der Jahre zu bekommen, die bis hin zum Suizid führen kann.⁶⁷ Depression kann verschiedene Hintergründe haben. Die Betroffenen haben meist von vornherein eine geringe Toleranz gegenüber seelischen, körperlichen und biographischen Belastungsfaktoren, wobei der Auslöser für eine Depression oft belastende

⁶⁵ Vgl. Cegla, Ebinger: COPD, 2013

⁶⁶ Vgl. BDN: Depressionen - Allgemeines, 2013

⁶⁷ Vgl. BDN: Depressionen - Allgemeines, 2013

Ereignisse oder Überforderungssituationen sind. Außerdem kann auch die genetische Veranlagung der Grund für eine Depression sein. Bei Verwandten ersten Grades mit Depression ist der Gefährdungsgrad selbst zu erkranken bei 15 Prozent. Bei eineiige Zwillingen liegt dieser Wert sogar bei 50 Prozent. Weiterhin können Stoffwechsel- und Funktionsstörungen im Gehirn eine Depression zur Folge haben, wobei diese zwar individuell verschieden sind, jedoch häufig eine zu niedrige Konzentration an Botenstoffen als Grundlage haben. Auch Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen, sogenannte psychosoziale Faktoren, können Auslöser einer Depression sein. Beispielsweise fehlgeleitete Entwicklungen in der Kindheit, ein ängstlich-fürsorglicher Erziehungsstil der Eltern und dadurch eine „erlernte Hilflosigkeit“, mangelnde Stressbewältigungsmöglichkeiten oder Personen des „typus melancholicus“ (Selbstunsicherheit, Überkorrektheit, Ordentlichkeit, Leistungsbetonung und Aufopferungsbereitschaft) können stärker zu einer Depression neigen. Reaktive Faktoren zur Ursache einer Depression sind unter anderem nach kritischen, belastenden und negativen Ereignissen oder häufig nach schweren körperlichen Erkrankungen ausschlaggebend. Zusätzlich gibt es einige mögliche statistische Risikofaktoren,⁶⁸ wie z.B. Cannabis-Konsum und Alkoholmissbrauch, Single-Dasein, Großstädter, wenig gesellschaftliche Kontakte, niedriger Ausbildungsgrad, Arbeitslosigkeit oder das weibliche Geschlecht.

Depressionen gehen oft frühzeitig Anzeichen voraus, die auch auf andere Krankheiten hinweisen können. Daher ist es schwer eine Depression frühzeitig zu diagnostizieren. Die meisten dieser Anzeichen lassen sich auf ein oder mehrere belastende Ereignisse zurückführen und steigern sich langsam über mehrere Wochen bis hin zu Monaten in eine depressive Phase. Mögliche Anzeichen sind zum Beispiel unspezifische Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen, ständige Müdigkeit und Energiemangel, nachlassendes sexuelles Interesse, Reizbarkeit und Angst, zunehmende Lustlosigkeit bis hin zur Apathie, eine misstrauische Stimmungslage, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit.

Viele der Patienten erkennen die Krankheit nicht⁶⁹ und müssen sich anfangs zu aufwändigen und anstrengenden, im Verlauf zu immer einfacheren Alltagsarbeiten, wie Hygiene oder Nahrungsaufnahmen zwingen. Depressionen beginnen häufig mit Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, schlechter Laune und einer Gemütslage die Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit ausdrückt. Auch fühlen die Patienten sich ausgelaugt und innerlich leer. Die Hauptsymptome sind die depressive Stimmung, was jedoch nicht mit Trauer zu verwechseln ist, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit. Hinzu kommen die Zusatzsymptome, wie

⁶⁸ Vgl. BDN: Depressionen - Ursachen, 2013

⁶⁹ Vgl. BDN: Depressionen - Krankheitsbild, 2013

zum Beispiel Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit und des Denkvermögens, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld, Wertlosigkeit, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit und letztendlich Suizidgedanken. Hierbei ist zu beachten, dass Menschen mit Depressionen meist mehr als zwei Symptome aus jeder Gruppe klagen, sich aber auch mit weniger Symptomen eine angehende Depression entwickeln kann.⁷⁰

Die Behandlungsmöglichkeiten bei Depressionen sind Medikamente, Psychotherapie oder eine Kombination aus beidem. In der ersten Phase der Behandlung, der sogenannten Akuttherapie, wird auf einen Zeitraum von vier bis acht Wochen die Umsetzung eines ausgearbeiteten Therapiekonzeptes in Kombination mit Medikamenten, wie zum Beispiel Antidepressiva, durchgeführt. Nach der ersten vorläufigen Genesung muss der stabile Zustand des Patienten erhalten und ein Rückfall verhindert werden. Diese zweite Phase erstreckt sich meist über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen, die an die Akutphase anschließt. Bestandteil dieser Phase sind Gespräche mit dem behandelnden Arzt, sowie zu Ende des Behandlungszeitraumes auch Gespräche mit der Familie und den Angehörigen. Die letzte Phase der Behandlung ist nicht auf einen bestimmten Zeitraum festzulegen und erstreckt sich im günstigsten Fall das komplette Leben, im ungünstigsten Fall bis zur nächsten depressiven Phase und erneuten Erkrankung. In dieser Phase steht die langfristige Verhinderung einer erneuten akuten Phase im Vordergrund und hier werden die Familienmitglieder oder Angehörigen stark mit einbezogen, um dem Patienten die größtmögliche Unterstützung zur Verhinderung eines Rückfalls zu ermöglichen.⁷¹

2.2.2 Sucht

So ziemlich jede Sucht entwickelt sich aus dem Schema Erfahrung - Wiederholung - Gewöhnung. In Deutschland gibt es etwa 16 Millionen Raucher, 1,7 Millionen Alkoholiker, 1,1 - 1,4 Millionen Medikamentenabhängige und 100000 - 150000 Drogensüchtige.⁷² All diese Menschen sind süchtig nach Konsumgütern, die teilweise illegal, aber auch größtenteils legal zu erwerben sind. Eine Sucht ist das starke unwiderstehliche Verlangen, zum Beispiel ein bestimmtes Rauschmittel zu

⁷⁰ Vgl. BDN: Depressionen - Krankheitsbild, 2013

⁷¹ Vgl. BDN: Depressionen - Therapiekonzept/Behandlungsphasen, 2013

⁷² Vgl. BDN: Sucht Allgemein, 2013

konsumieren.⁷³ Süchtige haben eine verminderte Kontrollfähigkeit über Menge, Zeitpunkt und Dauer der Zufuhr und Abstinenz lässt körperliche Entzugerscheinungen auftreten. Aufgrund einer Abnahme der Wirkung bei regelmäßiger Anwendung, eine Erhöhung der Toleranzschwelle, steigert sich die Dosis bei Süchtigen stetig. Anzeichen für eine Sucht ist ein wachsender Interessenverlust und ein anhaltender Konsum, trotz nachweisbarer gesundheitsschädlicher oder sozialer Folgen. Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten wie beispielsweise krankhaftes Spielen, Stehlen, Brandstiften, Einkaufen oder Onlinesucht, zählt medizinisch gesehen nicht zur Sucht. In diesem Fall handelt es sich um Störungen in der Impulskontrolle.⁷⁴

Die Ursachen für Suchtverhalten von Personen sind zum Beispiel ein gezielt hervorgerufener Belohnungseffekt, der durch eine vermehrte Ausschüttung von Botenstoffen entsteht und den Patienten in die „gewünschte“ Stimmung bringt.⁷⁵ Manche Menschen haben allerdings eine verminderte Ansprechbarkeit auf diesen Belohnungseffekt, daher wird dieses Defizit durch Suchtmittel ausgeglichen und es entsteht ein sehr großes Risiko einer Suchtentwicklung. Auch Gene können der Grund für Suchtverhalten sein. Oft werden diese Gene innerhalb der Familie weitergegeben.

Wenn eine mangelnde Vorbildfunktion der Eltern vorliegt oder die Eltern selbst Suchtmittel konsumieren, übertragen sich diese Verhaltensweisen oft auf Kinder, da diese nachahmen und selbst Suchtmittel konsumieren. Meist entsteht eine mangelnde Vorbildfunktion durch Verdrängung von Kindheitstraumata oder unangenehmen Erinnerungen. Neben biologischen und familiären Aspekten haben Suchtmittel auch gesellschaftliche Einflüsse. Süchtige gibt es in allen sozialen Schichten, daher muss in jedem Bereich darauf geachtet werden Suchtzeichen sofort zu entdecken. Beispiele solcher gesellschaftlichen Einflüsse sind zum Beispiel der Gruppenzwang⁷⁶ oder das Ansehen in einer Gruppe durch den Konsum des Suchtmittels, meist Drogen. Durch das Ansehen gewinnt die Droge an Bedeutung und wird immer wichtiger bis hin zur Abhängigkeit.

Zum Krankheitsbild von Suchten gehören die psychische Abhängigkeit und auch die körperliche Abhängigkeit. Bei der psychischen Abhängigkeit spricht man von einem Drang „nicht aufhören zu können“, was sich beim Patienten insofern auswirkt, dass er die Kontrolle über den Zeitpunkt und die Menge der Suchtmittel verliert. Sobald diese Stufe der Sucht erreicht ist, tritt auch die körperliche Abhängigkeit ein. Diese äußert sich in Entziehungserscheinungen bei längerem Ausbleiben einer Dosis oder

⁷³ Vgl. BDN: Sucht Allgemein, 2013

⁷⁴ Vgl. BDN: Sucht Allgemein, 2013

⁷⁵ Vgl. BDN: Sucht Ursachen, 2013

⁷⁶ Vgl. BDN: Sucht Ursachen, 2013

dem erneuten Genuss des Suchtmittels. Diese können auch beim Versuch des Absetzens oder Reduzierens der Menge der Suchtmittel auftreten. Die Auswirkungen einer Sucht sind zum Beispiel psychische Probleme und körperliche Schäden bis hin zum verfrühten Tod. Jährlich sterben 40000 Menschen als Folge von Alkoholerkrankungen, 110000 Raucher und etwa 2000 Drogensüchtige. Allgemein ist eine deutliche Reduzierung der Lebenserwartung zu sehen und 10 bis 15 Prozent der Betroffenen begehen Selbstmord. Eine unbehandelte Sucht führt in den meisten Fällen zu gesellschaftlichem und beruflichem Abstieg, Arbeitslosigkeit und Partnerschaftskonflikten bis hin zur Trennung. Bei Jugendlichen äußern sich Suchtprobleme im starken Abfallen von Schulleistungen. In den meisten Fällen von Suchtkrankheiten sind Vereinsamungstendenzen und der Rückzug aus dem Freundeskreis und dem sozialen Umfeld zu beobachten.

Die Behandlungsmöglichkeiten sehen eine Abstinenz, beziehungsweise bei starker Abhängigkeit einen nach und nach reduzierten Konsum vor. Jedoch muss die Motivation geschaffen werden, dass der Patient lernt nein zu sagen.⁷⁷ Häufige ambulante Besuche bei Vertrauenspersonen wie zum Beispiel Ärzten oder Therapeuten sind ein erster Schritt in die Richtung der Verbesserung der Gesundheit. Die 2. Phase der Rehabilitation sieht einen längeren Klinikaufenthalt zur körperlichen Entgiftung vor. Diese Phase muss dringend unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, da je nach Schweregrad der Sucht mehr oder weniger starke Entzugsserscheinungen bis hin zu Krampfanfällen entstehen können. Nach der Entgiftungsphase wird der Patient über einen längeren Zeitraum überwacht, um sicher zu gehen, dass keine Suchtmittel konsumiert werden können und der Betroffene sich vom Zwang erholen kann, diese zu konsumieren. Die letzte Phase ist die sogenannte Nachsorge- und Rehabilitationsphase. In dieser Phase muss der Patient nicht mehr rund um die Uhr beaufsichtigt werden, sondern wird nach und nach für längere Zeiträume in ein soziales Umfeld eingegliedert. Hierbei ist es sehr wichtig die Unterstützung der Familie oder nahestehender Personen zu bekommen. Es muss eine Stabilisierung der sozialen und gesellschaftlichen Kontakte erfolgen, um die Bewältigung des normalen Alltags zu gewährleisten. Mit diesen Maßnahmen ist es für die Betroffenen leichter einem Rückfall zu widerstehen und sich auch in Stresssituationen nicht verleiten zu lassen, sondern einen Therapeuten oder Arzt aufzusuchen, um sich helfen zu lassen.⁷⁸

⁷⁷ Vgl. BDN: Sucht Therapie, 2013

⁷⁸ Vgl. BDN: Sucht Therapie, 2013

2.3 Burnout-Syndrom

Körperliches und emotionales ausgebrannt sein und Kraftlosigkeit, seit 1970 wird dieser Zustand als Burnout-Syndrom bezeichnet. Das Burnout-Syndrom ist kein anerkanntes Krankheitsbild,⁷⁹ daher werden meist Depressionen oder andere psychische Erkrankungen als Ursprung für die Erkrankung genannt. Das Burnout-Syndrom entsteht jedoch über einen längeren Zeitraum. Durch ein langanhaltendes und permanentes Abbauen von Kraftreserven kommt hinzu, dass der entsprechende Aufbau und die Regeneration der Reserven nicht vollständig vollzogen werden. Häufig ist dies der Fall bei übermäßigem Engagement und selbst auferlegtem Erfolgsdruck. In den meisten Fällen handelt es sich bei den Patienten um besonders produktive, leistungsfähige und zielorientierte Menschen, vor allem Personen in sozialen und pädagogischen Berufen und Personen in leitenden Positionen. Oft sind äußere Einflüsse, wie zunehmender Zeit- und Leistungsdruck, wenig individuelle Gestaltungsmöglichkeiten und das Hintenanstellen von eigenen Bedürfnissen aufgrund von aufopfernden Tätigkeiten für andere Personen, für ein Burnout-Syndrom verantwortlich.⁸⁰

Auch wenn die Erkrankung sehr individuell verschieden verläuft, kann sie in der Regel in drei Phasen eingeteilt werden.⁸¹ In der ersten Phase wechseln sich Überaktivität und Erschöpfung ab. Der Betroffene kann in seiner Freizeit, in die meist sehr wenig Zeit gesteckt wird, kaum noch regenerieren und sich somit nicht von der täglichen Anstrengung erholen. Die zweite Phase besteht hauptsächlich aus dem emotionalen Abstumpfen des Patienten und seinem Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Letztendlich besteht die dritte Phase aus einem Leistungsrückgang und dem Beginn eines Teufelskreises, da der Betroffene durch die geringere Leistung weniger positive Rückmeldung bekommt und somit noch weiter resigniert. Am Ende dieses Teufelskreislaufes steht eine langfristige Krankschreibung, Kündigung oder der Vorruhestand. Weiterhin gibt es bestimmte Warnzeichen, die neben einer Abgeschlagenheit über sechs Monate, auftreten können. Dazu gehören Kopf-, Muskel- und Gliederschmerzen, Durchfall oder Verstopfung, Ohrengeräusche und Schwindelgefühl, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen, sowie allgemeine Lustlosigkeit und Reizbarkeit.⁸²

Da jedes Burnout-Syndrom verschieden und sehr individuell verläuft, gibt es keine Einheitslösung.⁸³ In jedem Fall ist es ratsam einen Psychiater oder Psychotherapeut

⁷⁹ Vgl. Burisch, 2006

⁸⁰ Vgl. Wolff: Burn-out Syndrom, 2012

⁸¹ Vgl. Burisch, 2006

⁸² Vgl. Burisch, 2006

⁸³ Vgl. Burisch, 2006

hinzuzuziehen, um Übungen zur Stress- und Konfliktbewältigung, sowie das Erlernen eines guten Zeitmanagements, aber auch die Arbeitsplatz-Situation, welche als häufigste Ursache des Burnout-Syndroms steht, muss diskutiert werden.⁸⁴ Hierbei ist eine umfassende Aufklärung der meist komplexen Ursachen wichtig. Hinzu kommen, eine intensive Motivationsarbeit und das Gefühl des Betroffenen vom Therapeuten verstanden zu werden, als Grundlagen der wichtigen Arbeit der Psychiater oder Psychotherapeuten. Eine frühzeitig gestellte Diagnose kann mit gezieltem körperlichem Training ausreichend unterstützt werden, um den Patienten ohne größere Eingriffe wieder zu einer gesunden Lebenseinstellung zurückzuführen.⁸⁵ Wenn dagegen die Krankheit schon fortgeschritten ist, müssen sowohl Psychotherapie, als auch verschiedene Medikamente eingesetzt werden, um den weiteren Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und durch verschiedene und nachhaltige Bewältigungsstrategien wieder zu einem normalen Alltag motivieren zu können.⁸⁶

3 Ursachen für vermehrte Bewegungsmangel-, Wohlstands- und Zivilisationskrankheiten

Die immer weiter ansteigenden und erschreckenden Zahlen von Erkrankungen und Todesfällen aufgrund der Bewegungsmangelkrankheiten im Jahr geben eine klare Warnung aus. Nicht nur die Regierung möchte im Gesundheitswesen etwas ändern, sondern auch viele Unternehmen und deren Marketingstrategien sind darauf ausgelegt, Produkte und Dienstleistungen zu verkaufen, die einen positiven Einfluss auf den Körper und das Wohlbefinden haben. Jedoch gibt es eine große Anzahl an Menschen, die weder Interesse haben, etwas für ihre Gesundheit zu tun, noch an mögliche zukünftige Folgen zu denken.⁸⁷ Aber auch aus finanziellen Gründen findet man Zurückhaltung sowohl bei den Kostenträgern, als auch bei der Bevölkerung.

⁸⁴ Vgl. Burisch, 2006

⁸⁵ Vgl. Burisch, 2006

⁸⁶ Vgl. Merkle: Burnout-Syndrom, 2013

⁸⁷ Vgl. Focus, 2012

3.1 Fehlen natürlicher Feinde

Vergleicht man den heutzutage lebenden Menschen in seiner Umwelt und die Einflüsse die ihn in seiner Lebensweise einschränken können, mit dem Menschen früher, so kann man kaum noch Gemeinsamkeiten erkennen. Heute kämpft der Mensch nicht mehr mit primitiven Waffen um sein Überleben,⁸⁸ sondern muss sich im Wettkampf von hochentwickelter Technik und immer weiter wachsendem Wissen beweisen. Früher hatte man keine Möglichkeit sich von der Jagd nach Nahrung und dem alltäglichen Überleben zurückzuziehen, sondern musste sich Tag für Tag bewegen. Heutzutage können sich Menschen zurücklehnen und sich auf das soziale Netz der Gesellschaft verlassen. Der Mensch steht auf der obersten Stufe der Nahrungskette und hat keine natürlichen Feinde mehr.⁸⁹ Die natürliche Auslese ist somit in einer veränderten und modernen Art vorhanden und spiegelt sich in gewisser Weise durch die Bewegungsmangelkrankheiten und Zivilisationskrankheiten wieder, welche aber weitestgehend nicht als Auslese erkannt und somit auch nicht verhindert wird.

3.2 Ausbreitung und Weiterentwicklung neuer Krankheiten

Ein weiterer Grund für die immer weiter steigende Zahl der Bewegungsmangelkrankungen ist die immer besser werdende verfügbare medizinische Versorgungsqualität. Da es nur noch wenige Krankheiten gibt, die beim Menschen den sicheren Tod bedeuten, fällt die „natürliche Auslese“ insofern weg, dass man einen sehr großen Anteil an Krankheiten überlebt. Als Gegenspiel dieser „neuen Medizinqualität“ entstehen aber auch immer neue Krankheiten wie Vogelgrippe, Schweinegrippe oder sich immer schneller wandelnde Grippeviren.⁹⁰ Auch die Bewegungsmangelkrankheiten und Zivilisationskrankheiten treten immer vermehrter auf, da es für jede dieser Krankheiten ein Heilmittel oder zumindest ein Medikament gibt, mit dem man etwaige Folgen überleben kann und somit die Krankheiten von den Betroffenen oft nicht als gefährlich eingestuft werden.

Demzufolge nimmt die allgemeine Verbreitung von Krankheiten stetig zu. Die meisten Krankheiten können mit medizinischen Hilfsmitteln und Medikamenten auf

⁸⁸ Vgl. Der Tagesspiegel, 2013

⁸⁹ Vgl. Der Tagesspiegel, 2008

⁹⁰ Vgl. Wagner-Nagy, 2012

eine minimale, alltägliche Nebensächlichkeit reduziert werden, dass viele Betroffene ein normales Leben führen können. Tatsächlich werden manche chronische Krankheiten im Alltag nicht einmal mehr bemerkt, da der medizinische Fortschritt immense Erleichterungen entwickelt. Somit bekommen immer mehr Menschen mit vererbten Krankheiten Kinder, die dann auch betroffen sind.⁹¹

3.3 Industriegesellschaft, Globalisierung, Technisierung

Zum einen wird durch den stetigen Wandel der Technisierung und die höhere Bevölkerungsdichte von Kindheit an vielen Menschen ein zeitoptimierter, bewegungsarmer Alltag als Ideal suggeriert. Zum anderen geht damit eine starke Veränderung der Arbeitsplatz-Landschaft einher. Da die Lebenshaltungskosten immer weiter ansteigen, sind in immer mehr Familien beide Elternteile berufstätig.⁹² Dem Straßenverkehr und der stark bebauten Stadt zu entkommen, um mit den Kindern an geeigneten Orten spielen zu können, wird zu einer großen zeitlichen Herausforderung und ist mit viel Aufwand verbunden. Somit sind heutzutage viele Eltern und Erziehungsberechtigte kaum mehr in der Lage ihrem Kind die nötige Aufmerksamkeit und Zeit zu schenken, um den Bewegungsdrang in Kindheitstagen zu stillen. Oft wird dabei über die Form des Essens mit den Kindern diskutiert und eine Kompromissbereitschaft zum ungesunden Fast Food als Stimmungsausgleich verwendet. Zusätzlich lösen Medien wie Smartphones, Fernseher oder Computer den Bewegungsdrang ab und verändern einen wichtigen, angeborenen Instinkt hin zu einem fehlgeleiteten Verhalten, das oft ein Leben lang fortgeführt wird. Reale Aktivitäten werden verlernt, Freunde werden durch Technik ersetzt und es kommt zu einer Art Verhäuslichung, welche in Bewegungsmangel und dessen Folgeerkrankungen resultiert.⁹³

3.4 Demographischer Wandel

In Abbildung 2 wird der Verlauf der Geburtenrate in Deutschland von 1950 bis 2050 dargestellt. 1950 konnte man die Form des Verlaufs mit einem Baum vergleichen,

⁹¹ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2013

⁹² Vgl. Israel, 1995: 11f.

⁹³ Vgl. WHO - World Health Day 2013

wohingegen sich die Form im Jahr 2050 deutlich einer Urne angeglichen hat. Das sagt aus, dass hauptsächlich die ältere Bevölkerung länger lebt und gleichzeitig die Geburtenrate zurückgeht. Insofern wird es, angenommen die Voraussetzungen bleiben bestehen, nach und nach eine Verringerung der Bevölkerungszahl in Deutschland zur Folge haben.⁹⁴

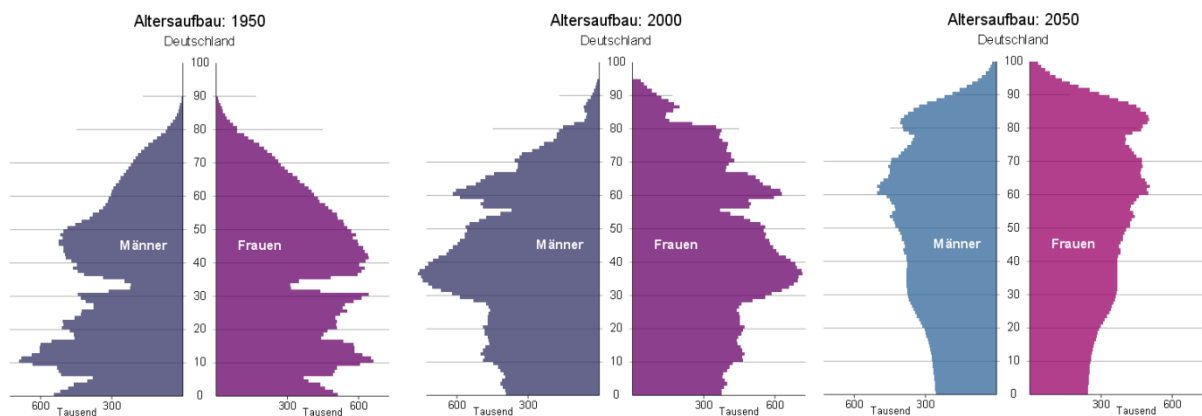


Abbildung 2: Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung⁹⁵

Da die Bevölkerung immer älter wird und immer weniger Menschen arbeiten, wird es um in Zukunft umso wichtiger, Arbeitskräfte auf lange Sicht gesundheitlich zu unterstützen und zu fördern.⁹⁶ Hierbei helfen den älter werdenden Erwerbstätigen eine altersgerechte Arbeit, eine vorausschauende Arbeitsgestaltung, stets aktuell angepasste Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen. Auch die Bundesregierung versucht daher Prävention und Gesundheitsförderung dahingehend auszubauen, dass den Mitarbeitern vor allem das gesundheitsbewusste Verhalten in allen Lebensphasen und die Reduzierung gesundheitlicher Risiken regelmäßig bewusst gemacht werden. Wenn diese schwierige Aufgabe, Menschen von einem präventiven und gesunden Lebensstil zu überzeugen, ansatzweise geschafft wird, können die schon bestehenden Programme und Strukturen genutzt werden, um bessere Information, sowie Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung bereit zu stellen.

Allerdings muss sich auch im bestehenden Gesundheitswesen etwas ändern, um der wachsenden Zahl an altersbedingten Erkrankungen bestmöglich entgegenwirken zu

⁹⁴ Vgl. Wehrhahn, Sandner Le Gall, 2011

⁹⁵ Vgl. DESTATIS, 2009

⁹⁶ Vgl. Sporket, 2011

können.⁹⁷ Dabei muss vor allem auf eine Aufstockung von Ausbildungsplätzen, Weiterbildungsmöglichkeiten und attraktiveren Arbeitsbedingungen vollzogen werden. Nicht nur in Deutschland werden diese Probleme gelöst werden müssen. Auch die umliegenden Nachbarstaaten und zahlreiche große Industrienationen Europas werden in naher Zukunft auf diesen schon lange zu beobachtenden Bevölkerungswandel reagieren müssen. Somit müssen zur langfristigen und nachhaltigen Sicherung leistungsfähiger Gesundheits- und Pflegesysteme auch eine verstärkte Angleichung der Lebensbedingungen in Europa und der Kooperationen im Gesundheitswesen erfolgen, um die Herausforderungen des demographischen Wandels für die Gesundheitspolitik und die sozialen Sicherungssysteme meistern zu können.⁹⁸

3.5 Ballungsräume

In den letzten 20 Jahren sind auch psychische Erkrankungen und Probleme eine immer häufiger auftretende und erstzunehmende Belastung der Gesellschaft.⁹⁹ Für diese Erkrankungen können diverse Gründe verantwortlich sein. Unter anderem sind die Ballungsräume wie Großstädte und deren Umland ein ausschlaggebender Faktor zur Entwicklung von Depression oder ähnlichen Erkrankungen. In diesen Ballungsräumen ist eine höhere Dichte an Einpersonen-Haushalten vorhanden, was zur Folge hat, dass mehr Menschen vereinsamen. Diese Vereinsamung ist wiederum ein Risiko für psychische Probleme. Zusätzlich zur Vereinsamung herrscht besonders in Großstädten und anderen Ballungsräumen ein extremer Wettbewerb auf einem sich wandelndem Arbeitsmarkt. Um auf diesem Markt mithalten zu können, liegt auf den Arbeitnehmern oft ein hoher Leistungsdruck, um allen Anforderungen gerecht zu werden. Somit entsteht Stress als weiterer Risikofaktor. Menschen, die in einem Ballungsraum leben, haben also multiple Belastungen der Psyche, die zu meistern sind, um in der Großstadt erfolgreich zu sein und gleichzeitig gesund zu bleiben.¹⁰⁰

⁹⁷ Vgl. BMG - Demographischer Wandel, 2013

⁹⁸ Vgl. BMG, - Demographischer Wandel, 2013

⁹⁹ Vgl. BDN: Depressionen - Allgemeines, 2013

¹⁰⁰ Vgl. Medialexikon, 2010

3.6 Gesellschaftswandel

Der Gesellschaftswandel, der sich hauptsächlich durch die Industrialisierung, aber auch durch andere fortschreitende Technologien entwickelt hat, zeigt auf, dass sich die Zielsetzung in der heutigen Gesellschaft kaum noch mit den Zielen von denen vor einigen Jahren vergleichen lassen. Vor der Industrialisierung und den damit entstandenen Vorteilen und Bequemlichkeiten hatte man hauptsächlich das Verdienen der zum Überleben notwendigen Nahrungsmittel und Materialien, wie zum Beispiel Brennstoff zum Heizen im Winter, als Ziel vor Augen. Der Wiederaufbau in den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg stellte für viele Menschen einen kompletten Neuanfang dar, da nicht nur in Deutschland vieles zerstört wurde. Nachdem diese Phase der Armut überstanden war, konnte der wirtschaftliche Aufstieg in Deutschland wieder zu mehr Bequemlichkeit und Individualismus führen. Die Ziele vieler Menschen wandelten sich also vom reinen Überleben hin zu persönlichem und familiären Erfolg. Aber nicht nur persönlicher Erfolg steht heute im Mittelpunkt, sondern bei Angestellten mittlerweile auch der Erfolg des Unternehmens, für das man arbeitet.¹⁰¹ Allerdings sind die immer weiter steigenden Anforderungen an die Mitarbeiter in Kombination mit den vielen anderen Randbedingungen, wie zum Beispiel Einsparungen und den damit verbundenen Entlassungsstrategien vieler Unternehmen, ein Faktor, der einen immer weiter steigenden Erfolgsdruck für die Mitarbeiter darstellt.¹⁰²

Erschwert wird der Gesellschaftswandel durch die Tatsache, dass die Bevölkerung immer älter wird und gleichzeitig immer weniger arbeitende Bevölkerung nachkommt. Wie im Abschnitt 3.4 Demographischer Wandel bereits beschrieben, wird zukünftig das Renteneintrittsalter erhöht, um die steigende Belastung des Staates durch Rentenzahlungen im Sinne des Generationen-Vertrags ausgleichen zu können. Die Tatsache, dass Arbeitnehmer folglich einen noch längeren Zeitraum berufstätig bleiben müssen, um sich eine Rente zu erarbeiten, die Leben auf deutschem Qualitätsstandard ermöglicht, wirkt sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus. Viele Produktionsbereiche von Firmen werden zusätzlich ins Ausland verlegt, da dort die Produktionskosten um ein vielfaches geringer sind, als in Deutschland. Mitarbeiter müssen ein so hohes Leistungsniveau bei ihrer Arbeit vorweisen, um dadurch als unabkömmlich für das Unternehmen eingeschätzt zu werden. Daraus entsteht ein noch höherer Erfolgs- und Zieldruck auf den Arbeitnehmer, was deren gesundheitlichen Allgemeinzustand stark belastet, und

¹⁰¹ Vgl. Kickbusch, 2006

¹⁰² Vgl. Kickbusch, 2006

heutzutage oft zu Zivilisationskrankheiten wie Depression oder dem Burnout-Syndrom führen kann.¹⁰³

3.7 Arbeitsumgebung

Im Laufe der Zeit wandelte sich die Arbeitsumgebung, was anhand der Zahlen des Drei-Sektoren-Modell von Clark und Fourastié¹⁰⁴ erklärt werden kann. In diesem Modell wird beschrieben, wie ein langfristiger Strukturwandel zwischen primärem, sekundärem und tertiären Sektor vollzogen wird. Der Wandel vom landwirtschaftlichen zum industriellen Sektor vollzieht sich vom Ende des 19. Jahrhunderts, bis hin in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts. Seit 1970 nimmt der primäre Sektor einen stetig kleiner werdenden Teil ein. Er lag zur Jahrtausendwende nur noch bei etwa drei Prozent. Im 19. Jahrhundert noch unbedeutend, wuchs der tertiäre Sektor stetig, überholte etwa in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts den primären Sektor und schließlich in den 70er Jahren den sekundären Sektor.¹⁰⁵

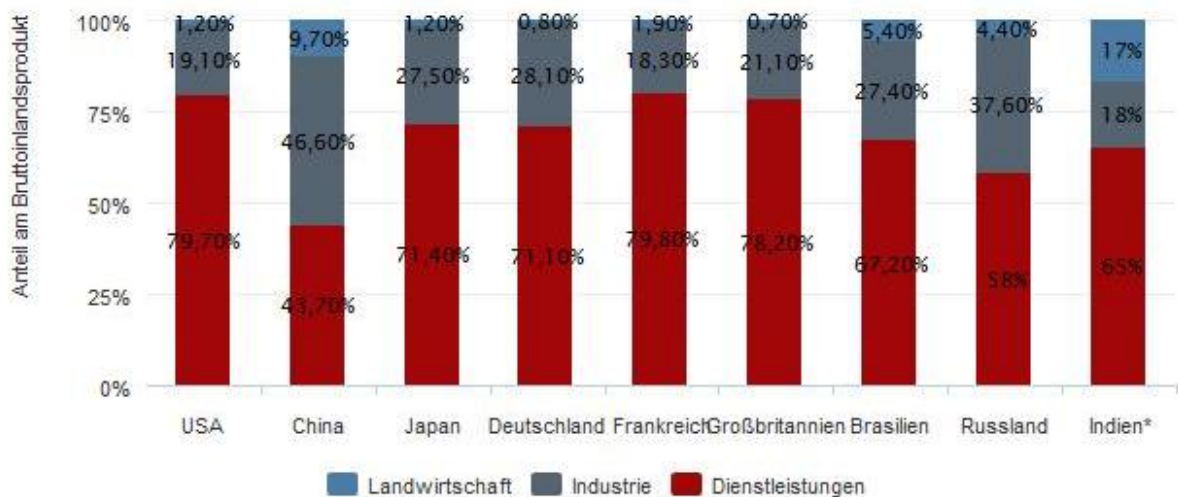


Abbildung 3: Anteile Wirtschaftssektoren am Bruttoinlandsprodukt 2012 ausgewählter Länder¹⁰⁶

¹⁰³ Vgl. Kickbusch, 2006

¹⁰⁴ Vgl. Pohl, 1970

¹⁰⁵ Vgl. Geißler, 2010

¹⁰⁶ Vgl. Statista, 2012

Abbildung 3 zeigt die Anteile der Sektoren in Deutschland im Jahr 2012, von denen der landwirtschaftliche Sektor nur noch bei 0,8 Prozent, der Anteil des industriellen Sektors bei 28,1 Prozent und der Anteil des Dienstleistungssektors bei 71,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes liegt.

Da der Dienstleistungssektor immer weiter steigt, müssen die anderen Sektoren, besonders der industrielle Sektor, Gewinnmaximierung anstreben, um Produkte schneller und günstiger vertreiben zu können.¹⁰⁷ Oft werden daher Arbeitsplätze gestrichen, die durch Maschinen und maschinelle Fertigung ersetzt werden um die Herstellungszeit von Produkten zu verringern und zusätzlich eine geringere Fehlerquote zu erreichen.¹⁰⁸ Da Arbeitnehmer in Deutschland nicht nur durch immer höhere Leistungsanforderungen gestresst werden, sondern zusätzlich unter Druck gesetzt werden sich als unabdingbar und nicht durch Maschinen ersetzbar zu präsentieren, ist sowohl die Zahl von psychischen Erkrankungen, als auch Burnout-Patienten stetig steigend.

3.8 Stellenabbau

Immer mehr Stellen in Unternehmen werden gestrichen, um Kosten einzusparen. Viele langjährige und qualifizierte Mitarbeiter werden gekündigt und finden schwer wieder einen Job der dem bisherigen Lebensstandard entsprechend bezahlt wird. Jedoch sollte auch das Unternehmen, welches die Personalfreisetzung durchführen musste, betrachtet werden. Es wird zwischen Großunternehmen und kleinen bis mittelständigen Unternehmen unterschieden. Großunternehmen planen Kosteneinsparungen, welche durch eine schlechte Bilanz hervorgerufen werden, ein um eine Gewinnmaximierung zu erreichen.¹⁰⁹ Kleine bis mittelständige Unternehmen haben nur begrenzte Möglichkeiten, die entweder darauf hinaus laufen, dass Insolvenz angemeldet werden muss oder kurz vor einer Solchen durch Stellenabbaumaßnahmen eine mögliche Sicherung des Unternehmens zu gewährleisten.

Im Fall der Großunternehmen müssen die Stellen meist nicht zwingend abgebaut werden, da es zwar einen Grund gibt, warum das Unternehmen schlechtere Zahlen schreibt, jedoch weder das Unternehmen noch die Mitarbeiter existenziell gefährdet sind. Hier geht es hauptsächlich um die Einsparung der Gelder, welche entweder als

¹⁰⁷ Vgl. Gabler Wirtschaftslexikon, 2013

¹⁰⁸ Vgl. Deutsche Mittelstands Nachrichten, 2012

¹⁰⁹ Vgl. Deutsche Mittelstands Nachrichten, 2012

Personalausgaben die Zielvorgaben belasten oder die Gewinne schmälern. Die Lohnerhöhung für Mitarbeiter ist bei diesem Beispiel also nur möglich, indem man vorher Stellen abbaut, und somit anderen Mitarbeitern eine versprochene Lohnerhöhung bieten kann, ohne dabei den Gewinn des Unternehmens zu verringern.¹¹⁰

Bei den kleinen und mittelständischen Unternehmen ist der Stellenabbau entweder die Folge der Insolvenz oder die letzte Möglichkeit vor einer solchen wenigstens die restlichen Arbeitsplätze erhalten zu können. Im Fall der Insolvenz löst sich das Unternehmen auf und alle Arbeitsplätze gehen verloren. Wenn aber die Personalfreisetzung weniger Mitarbeiter dazu führen kann, dass das Unternehmen sich wieder erholt und in Zukunft den Umsatz und somit auch den Gewinn wieder erhöhen kann, sichert ein geringer Stellenabbau den Arbeitsplatz der verbleibenden Mitarbeiter des Unternehmens und es können im Laufe der Zeit sogar mehr Arbeitsplätze geschaffen werden, als vor der drohenden Insolvenz vorhanden waren.

Herrscht in einem Unternehmen, egal welcher Größe, die Angst vor Personalabbau, so ist diese Situation oft eine markante Einflussgröße unter den psychischen Belastungen für die Arbeitnehmer.¹¹¹

4 Prävention

„Im Jugendalter entstehen und verfestigen sich viele gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (z.B. Alkoholkonsum, Rauchen, Ernährungsgewohnheiten), und Verhaltensweisen der Jugendlichen sind die wichtigsten Ursachen für Todesfälle in diesem Altersabschnitt (z.B. Unfälle, Suizid). Damit ist das Jugendalter ein wichtiges Zeitfenster für Präventionsmaßnahmen.“¹¹² Mit diesem Zitat von Pinquart / Silbereisen wird aufgezeigt, dass für das Gesundheitsbewusstsein bereits sehr früh die Grundlagen angelegt werden. Für den anschließenden Lebensabschnitt der Erwachsenen stellt Faltermeier fest: „Gesundheitsförderung als professionelle Praxis muss ihre Zielgruppen an der Veränderung beteiligen, da es um deren Lebensalltag und Lebensweisen geht, da deren Kompetenzen gebraucht werden und nur dadurch langfristige Wirkungen zu erzielen sind. Partizipation ist daher ein notwendiges

¹¹⁰ Vgl. Deutsche Mittelstands Nachrichten, 2012

¹¹¹ Vgl. business-wissen.de, 2008

¹¹² Vgl. Pinquart, Silbereisen, 2007: 61

Grundprinzip und „empowerment“, d.h. die Befähigung der Menschen, ihre gesundheitlichen Belange selbst in die Hand zu nehmen, eine sinnvolle Strategie der Gesundheitsförderung.“¹¹³

Einen nicht unerheblichen Anteil unserer Lebenszeit verbringen wir im Berufs- und Arbeitsleben. Von den Arbeitsbedingungen im Betrieb und Büro gehen wesentliche Impulse für und Anforderungen an die Gesundheit aus. Nachfolgend werden nun Argumente ausgeführt, die erläutern, inwiefern ein betriebliches Gesundheitsmanagement die Aufgaben von betrieblicher Gesundheitsförderung und Personalmanagement vereint, um die Mitarbeiter als wichtigste Ressource des Unternehmenserfolgs zu sichern und zu fördern. Dadurch werden ihre Gesundheit und auch ihre Arbeitskraft möglichst lange erhalten und die Bindung an das Unternehmen wird gestärkt. Die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt individuelle Faktoren, zum Beispiel Ressourcen, über die Menschen verfügen, um sich selbst aktiv und gesund zu erhalten, mit dem Ziel, die Gesundheit der Mitarbeiter zu erhalten, Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.¹¹⁴ Nicht nur die Personalabteilung, auch Führungskräfte werden immer häufiger gefordert, Organisations- und Gestaltungsaufgaben des Personalmanagements in Zusammenarbeit durchzuführen. Das Personalmanagement beschäftigt sich also mit allen personellen Fragen im Unternehmen¹¹⁵ und stellt eine strategische Führungsaufgabe dar.¹¹⁶ Ein betriebliches Gesundheitsmanagement hingegen bedeutet die Integration nachhaltiger Strukturen und Prozesse im Unternehmen, welche betriebliche Gesundheitsförderung dauerhaft vorantreiben. Betriebliche Gesundheitsförderung bezeichnet in diesem Zusammenhang alle Managementtätigkeiten mit dem Ziel, eine bestimmte betriebliche Gesundheitspolitik durch die Planung, Organisation, Durchführung und Überprüfung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes auszuarbeiten.¹¹⁷

Um Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements am konkreten Fallbeispiel darzustellen, werden Präventionsmaßnahmen anhand der Analyse eines ausgewählten Beispielunternehmens erläutert. Hierfür wurde eine Befragung durchgeführt, die die aktuell bestehenden Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aufzeigt.¹¹⁸ Im Folgenden werden sowohl die in diesem Beispielunternehmen bestehenden Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation analysiert, als auch weitere und ergänzende Maßnahmen vorgestellt. Diese helfen

¹¹³ Vgl. Faltermaier, 2007: 71-77

¹¹⁴ Vgl. ENWHP, 2007: 3

¹¹⁵ Vgl. Jung, 2005: 7

¹¹⁶ Vgl. Holtbrügge, 2004: 3

¹¹⁷ Vgl. Pfaff, 2001: 32, 35

¹¹⁸ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen

den Mitarbeitern zukünftig durch Verbesserungen einen gesünderen Lebensstil und eine gesunde Arbeitsumgebung zu schaffen, und damit eine höhere Lebensqualität zu erreichen, und somit auch für die Unternehmen eine Optimierung der Ressourcen darzustellen.

Zunächst werden die unterschiedlichen Kategorien der Prävention näher erläutert. Prävention ist in drei Bereiche aufzuteilen: die Primärprävention, die Sekundärprävention und die Tertiärprävention.¹¹⁹ Die Primärprävention versucht die Gesundheit zu erhalten und Krankheiten vorzubeugen. Bei der Sekundärprävention, auch Früherkennung genannt, werden durch Vorsorgeuntersuchungen Krankheiten möglichst früh erkannt, um mit einer entsprechenden Therapie ein Fortschreiten zu verhindern und nach Möglichkeit sogar eine vollständige Heilung der Krankheit zu erreichen. Die Tertiärprävention tritt im Fall einer bestehenden Krankheit ein, wobei hier versucht wird das erneute Auftreten der Krankheit und damit einhergehenden Komplikationen hinauszuzögern oder wenn möglich zu verhindern. Oft ist eine eindeutige Trennung dieser Bereiche nicht gänzlich möglich, da die Übergänge fließend erfolgen können.¹²⁰

4.1 Unternehmensanalyse

4.1.1 Vorstellung der Struktur des Beispielunternehmens

Zur Analyse wurde ein mittelständisches Unternehmen in einer bayerischen Großstadt ausgesucht, das zur Infrastruktur und Versorgung dieser Stadt beiträgt. Die Wahl des Beispielunternehmens als ein mittelständisches Unternehmen wurde aufgrund der Tatsache getroffen, dass die meisten Großunternehmen bereits ein vollständiges betriebliches Gesundheitsmanagement aufgebaut haben. In diesem Unternehmen hingegen sind zwar bereits Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement vorhanden, jedoch können weitere Möglichkeiten genutzt werden um ein umfassendes und nachhaltiges System zu entwickeln. Deshalb ist in diesem Unternehmen der Bedarf an neuen Maßnahmen in Prävention und Rehabilitation größer und die Analyse des Aufbaus verspricht verbesserte Erkenntnisse. Repräsentativ für dieses Unternehmen ist auch das Umfeld die

¹¹⁹ Vgl. Leppin, 2007: 31f.

¹²⁰ Vgl. KBV, 2013

Großstadt, da dort ein Ballungsraum vorhanden ist, welcher wiederum Einflüsse auf die Mitarbeiter hat und außerdem auf viele andere Unternehmen gleicher Größe übertragbar ist. Im angewandten Fragebogen wurde eine Gruppierung in der Personalstruktur zur Einteilung, Übersicht und Zuordnung der Ressourcen und der individuellen Ausgestaltung von Präventionsmaßnahmen aufgestellt.¹²¹ Dabei wurde die Belegschaft in verschiedenen Kategorien erfasst. Als bedeutsames Merkmal für Personen sind Geschlecht¹²² und Alter¹²³ zu unterscheiden. Zusätzlich werden aus betrieblichen Gegebenheiten das zutreffende Arbeitsumfeld und vorhandene Berufsgruppen genauer unterteilt. Kennzeichnend für ein mittelständisches Unternehmen ist die Gesamtzahl von 464 Mitarbeitern. Der männliche Anteil beträgt 73,7 Prozent und der Frauenanteil liegt bei 26,3 Prozent. Das Personal wurde bei der Umfrage in drei Altersgruppen unterteilt. Unter 30 Jahre sind 15,7 Prozent der Mitarbeiter, zwischen 30 und 50 Jahre sind 57,1 Prozent und über 50 Jahre sind 27,2 Prozent der Beschäftigten.

Diese Unterteilung in verschiedene Altersgruppen ist für eine individuelle Anpassung verschiedener Präventionsmaßnahmen von Vorteil. Je nach Altersgruppe bietet es sich an, hinsichtlich der primären, sekundären und tertiären Präventionsmaßnahmen Unterteilungen vorzunehmen, um die unterschiedlichen Zielgruppen altersgerecht auf Präventionsmaßnahmen aufmerksam zu machen. Marketing innerhalb des Betriebs im Bereich Gesundheit ist jedoch nicht einfach, da ein sehr persönlicher Teil des Lebens der Mitarbeiter angesprochen wird. Deswegen wird Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit auf die jeweilige Zielgruppe angewandt, um sowohl den einzelnen Mitarbeiter, als auch die Unternehmensbereiche die Ressourcen erkennen und beibehalten zu lassen, die zum Erhalt der Gesundheit im Betrieb erforderlich sind.¹²⁴

Da das Unternehmen viele verschiedene Aufgabengebiete und -bereiche hat, sind 64,4 Prozent der Mitarbeiter Angestellte, 35,6 Prozent gewerbliche Mitarbeiter und 0,4 Prozent Dienstleister. Daraus resultieren auch verschiedene Arbeitsumfelder. 48,1 Prozent der Mitarbeiter gehen einer Bürotätigkeit nach, 50,2 Prozent der Mitarbeiter arbeiten entweder im Betrieb, Werk oder auf Baustellen und 1,7 Prozent sind im Außendienst des Unternehmens tätig.

Die bereits im vorhergehenden Abschnitt erläuterten Problemfelder der modernen Gesellschaft und ihrer Arbeitswelt versucht das betrachtete Unternehmen durch

¹²¹ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 1

¹²² Vgl. Hafen, 2007: 310

¹²³ Vgl. Hafen, 2007: 300

¹²⁴ Vgl. Kroll, Dzudzek, 2010: 93

diverse Maßnahmen der Prävention entgegenzuwirken und somit die Arbeitskraft ihrer Angestellten und Arbeiter zu schützen und ihren Gesundheitszustand positiv zu beeinflussen.¹²⁵

Im Folgenden wird darauf eingegangen, welche genauen Möglichkeiten das Unternehmen sowohl in der Prävention, als auch in der Rehabilitation bereits nutzt, um danach auf Defizite und Verbesserungsvorschläge einzugehen. Abgeschlossen wird der Abschnitt indem allgemeine Erkenntnisse zu den Bereichen aufgezeigt werden und wie durch präventive Maßnahmen enorme Kosteneinsparungen entstehen. Hierzu wird eine verallgemeinerte Kosten-Nutzen-Betrachtung durchgeführt und die Effizienz der Prävention im Gegensatz zur Rehabilitation dargestellt.

4.1.2 Vorhandene Präventionsmaßnahmen

Arbeitsschutz definiert sich in Deutschland über ein sogenanntes duales System, welches im folgenden Beitrag von Seidel zusammengefasst ist: „Es sind zwei Einrichtungen, die rechtlich verbindliche Regelwerke, d.h. Gesetze und Verordnungen, erlassen: a) Der Staat selbst mit seinen Einrichtungen der Gewerbeaufsicht und b) die im Rahmen des Sozialgesetzbuches VII tätigen Unfallversicherungsträger, die vom Gesetzgeber ermächtigt sind, bindende Vorschriften zu erlassen, die Unfallverhütungsvorschriften. Das Regelwerk ist sehr dicht, es dient durchweg der Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen.“¹²⁶ Zur Erfassung der angewandten Präventionsmaßnahmen wurden im Fragebogen¹²⁷ verschiedene Themen adressiert. Nach Auswertung der Antworten, die von verantwortlicher Stelle aus dem Unternehmen gegeben wurden, sind im Unternehmen bereits die folgenden Primär-Präventionsmaßnahmen vorhanden.

Mit jedem Mitarbeiter des Beispielunternehmens wird jährlich ein Gespräch geführt um Unklarheiten aufzudecken, Wünsche bzw. Erwartungen zu erkennen und sowohl die Effektivität, als auch die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu erfassen und aufrecht zu erhalten.¹²⁸ Außerdem werden Ziele vereinbart und kontrolliert, um Engagement und Arbeitseffizienz zu überprüfen und mit dem Mitarbeiter

¹²⁵ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2

¹²⁶ Vgl. Seidel, 2007: 234

¹²⁷ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2-4

¹²⁸ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2

durchzusprechen. Im mittelständischen Beispielunternehmen sind Steuerung und Betreuung von Elementen des Gesundheitsmanagement-Systems durch die Betriebsärztin und den Sicherheitsingenieur auszuführen.¹²⁹ Sie übernehmen in dieser Hinsicht die Aufgaben eines Gesundheitsmanagers der ein betriebliches Gesundheitsmanagement zum Beispiel in einem Großunternehmen durchführen würde.

Weitere Maßnahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sind im Unternehmen bereits vorhanden. Darunter fallen arbeitsmedizinische Pflichtuntersuchungen, sowie freiwillige Untersuchungen, die durch die Betriebsärztin ermöglicht werden.¹³⁰ Außerdem gibt es bereits mehrere Möglichkeiten von Primär-Präventionsmaßnahmen, wie zum Beispiel ein Angebot von Kursen zu Entspannungstechniken, Rückenschule, Sensibilisierung vor dem Burnout-Syndrom und auch einen jährlichen Gesundheitstag.¹³¹ Da aber die meisten Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements des Unternehmens freiwillig sind und spontan stattfinden, werden in regelmäßigen Abständen Betriebsbegehungen der Betriebsärztin und des Sicherheitsingenieurs durchgeführt und es finden regelmäßige Sprechstunden mit der Betriebsärztin statt, die verpflichtend für alle Mitarbeiter sind. Diese Untersuchungen der Betriebsärztin sind individuell, jedoch finden sie meistens vor und nach Intervallen von Präventionsmaßnahmen, unter anderem durch Sportgruppen, statt, um die positiven Auswirkungen der Aktivität innerhalb der angebotenen Präventionsmaßnahmen auszuwerten.¹³² Die Finanzierung der Betriebssportgruppen findet durch das Unternehmen statt, allerdings treffen sich die Gruppen ausschließlich außerhalb der Arbeitszeiten, um die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens zu erhalten.¹³³ Ein sogenannter Firmensporttag, der am örtlichen Sportverein abgehalten wird, wurde eingeführt um den einzelnen Sportgruppen die Möglichkeit zu geben, zu zeigen, dass das Training in der Gruppe positive Auswirkungen hat. Dieser Tag wird von Mitarbeitern des Unternehmens organisiert und in Kooperation mit dem Sportverein durchgeführt. Hier können die verschiedenen Betriebssportgruppen in Kleinwettbewerben zur Geschicklichkeit und Ausdauer gegeneinander antreten und auch Mitarbeiter, die noch nicht in einer der Betriebssportgruppen angemeldet sind, können so für neue Sportarten motiviert werden.¹³⁴

¹²⁹ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2

¹³⁰ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2

¹³¹ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2

¹³² Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2

¹³³ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2

¹³⁴ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 2

Auch wenn die Finanzierung der Betriebssportgruppen vom Unternehmen ausgeht, wird ein geringer Grundbetrag von jedem Teilnehmer als Eigenanteil zur Versicherung der Teilnehmer verlangt. Dieser Betrag darf jedoch keine andere Verwendung als die Versicherung der Teilnehmer haben.¹³⁵

Der jährliche Gesundheitstag des Beispielunternehmens bietet für alle Mitarbeiter die Möglichkeit sich Tipps und Tricks für eine gesunde Ernährung zu holen. Jedoch sollte auch nach dem Gesundheitstag die gesunde Ernährung nicht vernachlässigt werden, sondern durch anschließende Kurse fortgeführt und so im Gedächtnis gehalten werden.

Wenn sich Fehlzeiten von Mitarbeitern häufen, reagiert das Unternehmen, indem ein Mitarbeitergespräch geplant wird, um die Ursache der Fehlzeit möglichst früh zu erkennen. Außerdem wird ein Termin mit der Personalabteilung und der Betriebsärztin vereinbart, die dem Mitarbeiter helfen, sowohl physische, als auch psychische Belastungen zu überstehen.¹³⁶

Die schon vorhandenen Präventionsmaßnahmen des Unternehmens sind ein großer Schritt in Richtung der Erhaltung des Mitarbeiterpotenzials. Jedoch gibt es, wie in jedem Bereich, Verbesserungspotenzial. In naher Zukunft können also weitere und fortgeschrittenere Präventionsmaßnahmen in das Unternehmen integriert werden.

4.1.3 Vorschläge für neue Maßnahmen

Kurzerhand Realisierbar ist: Im Bereich Kooperationspartner, zum Beispiel Kantinenlieferanten, bietet sich an, in regelmäßigen Abständen Bio-Bauern aus der Region den Verkauf ihrer Produkte im Bereich der Kantine (zum Beispiel als Kantinen-Markttag einmal in der Woche) zu ermöglichen. Bio-Obst und -gemüse können auch für den Privat-Haushalt angeboten werden.

Die Einführung neuer Maßnahmen mit notwendiger Unterstützung durch die Geschäftsleitung besteht in der Aktionsplanung.

Durch Gründung von Arbeitsgruppen aus Mitarbeitern aller Unternehmensebenen, ausgestattet mit einem Auftrag der Geschäftsleitung (Budget, Zeit, Entscheidungs- und Handlungskompetenz), und Unterstützung mit der Unternehmensphilosophie

¹³⁵ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 3

¹³⁶ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 3

„Work-Life-Balance“¹³⁷ können gezielt wichtige Themenbereiche behandelt und kommuniziert werden. Sowohl Stressmanagement und Suchtprävention, als auch Fitness und Überprüfung des Arbeitsplatzes. Hierbei ist Engagement und Ausdauer gefordert, Themen können und müssen wiederholt angeboten werden.¹³⁸

Mit der Eröffnung von Gesundheitszirkeln ist eine weitere Präventionsmaßnahme möglich. Stähr führt dazu die wichtigsten Merkposten im Zusammenhang mit der Einführung von Gesundheitszirkeln aus: „Der Erfolg hängt in erster Linie von der Bereitschaft des Unternehmens ab, die Änderungs- und Verbesserungsvorschläge auch umzusetzen. V.a. sollte es zeitnah geschehen. Sonst macht sich Enttäuschung breit und das Unternehmen macht sich unglaublich. Die Motivation schlägt in Demotivation um. Meist sind praxisnahe Lösungen ohne großen finanziellen Aufwand umsetzbar. Was der Unternehmer als positiv und gut gemeint für die MitarbeiterInnen ansieht müssen diese noch lange nicht als solches begreifen. Die Ängste und Verunsicherungen der MitarbeiterInnen sind mit einzubeziehen und zu thematisieren. Meinungen werden den Personen nicht angelastet - die TeilnehmerInnen sind Beauftragte der MitarbeiterInnen. Die Expertengruppe als Gesundheitszirkel muss als solche anerkannt werden, d.h. die thematisierten Probleme und Veränderungswünsche müssen anerkannt und die Lösungsvorschläge auch als solche angesehen werden. Werden Lösungsvorschläge abgelehnt, so sollten sie auf jeden Fall begründet werden und die Begründung gut kommuniziert werden. Die Regeln für die Zusammenarbeit (verbindliche Regelmäßigkeit der Treffen bei Arbeitsfreistellung, Kommunikationsregeln, Verschwiegenheit etc.) müssen im Vorfeld klar sein und von allen Beteiligten verbindliche akzeptiert werden.“¹³⁹

Schließlich ist mit Führungskräfte-seminar und Coaching eine zusätzliche Präventionsmaßnahme im Bereich Unternehmensführung noch möglich. „Die Entwicklung der Führungsqualitäten hat Prämisse. Das Betriebsklima als Fundament für ein Miteinander (Ursache) ist entscheidender als einzelne Maßnahmen (Symptome).“, stellt Stähr als die Essenz bei der Einführung von Führungsseminaren heraus.¹⁴⁰

¹³⁷ Vgl. Gesundheit & Management, 2013

¹³⁸ Vgl. Stähr, 2010: 273ff.

¹³⁹ Vgl. Stähr, 2010: 277

¹⁴⁰ Vgl. Stähr, 2010: 278

4.1.4 Ergänzungen zu vorhanden Präventionsmaßnahmen

Ein erster Zug wäre eine Einführung von mehreren Gesundheitstagen im Jahr, um den Teilnehmern stets neue Erkenntnisse und Möglichkeiten zeigen zu können, wie sie ihren Lebensstil noch weiter verbessern und dem Thema Gesundheit mehr Aufmerksamkeit schenken können. Auf einem immer wiederkehrenden Event ist es außerdem möglich die Teilnehmer mit einem Wettbewerb, zum Beispiel im Bereich der gesunden Ernährung, zu motivieren. Selbst Rezepte zu schreiben oder zu kreieren, die einer gesunden Ernährung zu Gute kommen, und anderen Teilnehmern die Ideen für ausgefallene Gerichte aller Art zu präsentieren, ist für jeden Mitarbeiter ein Ansporn sich bis zum nächsten Gesundheitstag etwas neues zu überlegen und sich generell mit dem Thema auseinander zu setzen.

Ein weiterer Motivator für die Mitarbeiter wären Wettkämpfe der einzelnen Betriebssportgruppen mit anderen Unternehmen. Auf diese Weise trainieren die Teilnehmer der Gruppen auf ein Ziel hin, was ihnen neben dem körperlichen Training auch mental an psychisch belastendere Situationen gewöhnt. Zusätzlich ist dies eine Teambuilding-Maßnahme, sie stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl und fördert Kollegialität unter den Mitarbeitern.

Außerdem bieten sich, neben der Rückenschule und der progressiven Muskelrelaxation, weitere krankenkassenbezuschusste Kurse an. Damit können eine größere Auswahl für die Mitarbeiter geschaffen und neue Teilnehmer gewonnen werden, die bisher keiner sportlichen Aktivität nachgehen oder körperliche Übungen machen.

Bei physischen oder psychischen Problemen wissen manche Mitarbeiter nicht an wen sie sich wenden sollen, oder haben eine große Hemmschwelle zu überwinden, bis sie ihre Probleme im Unternehmen ansprechen. Um diesen Betroffenen eine Möglichkeit zu geben sich anonym zu äußern, haben viele Großunternehmen bereits eine sogenannte Krisenhotline eingerichtet. In unserem Beispielunternehmen lohnt sich solch eine Hotline aufgrund der geringen Anzahl der Mitarbeiter und zu geringer Inanspruchnahme voraussichtlich nicht. Allerdings ist es möglich, dass sich mehrere Unternehmen zusammenschließen und somit eine anonyme Krisenhotline übergreifend für alle teilnehmenden Unternehmen erstellen. Diese bietet Mitarbeitern, die anonym bleiben möchten, die Möglichkeit sich trotzdem mitzuteilen und Probleme durch Gespräche zu lösen oder den Betroffenen zu helfen sich beispielsweise zu einem persönlichen Gespräch mit dem Betriebsarzt anzumelden.

Nach Aussagen des Vorstands des betrachteten Unternehmens wird nach häufigen Fehlzeiten von Mitarbeitern sowohl ein Mitarbeitergespräch als auch ein Treffen mit

der Personalabteilung und der Betriebsärztin vereinbart.¹⁴¹ Ein mögliches Problem dieser Herangehensweise kann der Druck sein, der dem Mitarbeiter somit auferlegt wird. Für die Betroffenen erscheint nun der psychische Druck sogar noch höher, da Gedanken an Verlust des Arbeitsplatzes wegen zu geringer Leistung aufkommen. Die Personalabteilung ist für viele Arbeitnehmer gleichbedeutend mit einem Ausschuss, der die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter analysiert. Insofern sollte die Reihenfolge der Reaktionen auf eine Nachricht gehäufter Fehlzeiten anders verlaufen. Zuerst sollte nur die Betriebsärztin einen individuellen Termin ausmachen und durch vorsichtiges Herantasten an das Problem eine Diagnose erstellen. Erst danach, wenn sich der Patient damit sicher fühlt, sollte die Personalabteilung und gegebenenfalls weitere Teilnehmer hinzugezogen werden. Somit wird der Betroffene nicht mit der Situation überfordert und lässt sich viel schneller und ohne eingeschüchtert zu sein auf die Behandlungsmöglichkeiten einer solchen psychischen Stresssituation ein.

Eine weitere Ergänzung zu einer schon bestehenden Maßnahme des Beispielunternehmens ist der Bereich gesunde Ernährung. Bisher bietet die Kantine des Beispielunternehmens frisch gekochte Speisen, ohne Geschmacksverstärker oder Konservierungsmittel an, was die Speisen im Gegensatz zu anderen Firmenkantinen gesünder und verträglicher macht. Zusätzlich sollte aber eine Differenzierung der angebotenen Nahrungsmittel anhand einer Ernährungspyramide die Auswahl von gesünderen Produkten begünstigen. Diese Differenzierung könnte anhand eines Ampelsystems eingeführt werden, aus dem vor allem erkenntlich sein sollte, ob und welche Menge von den jeweiligen Gerichten für einen gesunden Lebensstil vorteilhaft sind.

¹⁴¹ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 4



Abbildung 4: Die Ernährungspyramide¹⁴²

Wie in Abbildung 4 dargestellt, kann in Kombination mit einer veranschaulichten Version, etwa einem Poster der Ernährungspyramide, der Mitarbeiter mit einer kleinen Hilfestellung vor Ort entscheiden, welche Gerichte er für seinen persönlich gesünderen Lebensstil wählt.

4.2 Gesundheitsmanagement

In ihrer Abhandlung zur Entstehung des betrieblichen Gesundheitsmanagements resümiert Singer: „Der gesetzliche Arbeits- und Gesundheitsschutz hat sich zwar in der Vergangenheit gut entwickelt und stellt einen bedeutenden Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements dar, muss aber zukünftig durch eigenes betriebliches Engagement ergänzt werden.“¹⁴³

¹⁴² Vgl. Combi, 2013

¹⁴³ Vgl. Singer, 2010: 45

4.2.1 Vorteile und Nachteile des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die Vorteile werden von Singer/Neumann wie folgt zusammengefasst: „Das Unternehmen kann seine Fehlzeiten reduzieren und auch eine Verringerung der Fluktuation und Erhöhung der Mitarbeiterbindung erreichen. Insgesamt steigt die Produktivität der Beschäftigten. Die Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität und somit auch die Kundenzufriedenheit und -bindung werden verbessert. Innerbetrieblich werden Kooperationen besser funktionieren und die Corporate Identity wird gestärkt. Ebenso steigen das Unternehmensimage und die Beschäftigungsattraktivität aus Sicht potenzieller Arbeitnehmer. Insgesamt wird die Flexibilität und Innovationskraft der Organisation verbessert und hierdurch schlussendlich seine Wettbewerbsfähigkeit. Der Arbeitnehmer erfährt eine geringere Belastung durch seine Arbeit und seine eventuellen gesundheitlichen Beschwerden werden verringert; Gesundheitszustand und Wohlbefinden steigern sich. Ebenso wird die Beziehung zu seinen Kollegen und Vorgesetzten verbessert sowie die insgesamt innerbetriebliche Kommunikation optimiert. Auch werden Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter steigen. Das Wissen und die praktischen Fähigkeiten über gesundes Verhalten, sowohl im Betrieb als auch in der Freizeit werden unterstützt. Schlussendlich wird die individuelle Leistungsfähigkeit erhalten und gefördert.“¹⁴⁴

Jedes Unternehmen sollte die Firmenphilosophie auf dem Leitmotiv „Mitarbeiter als wertvollstes Gut“ aufbauen, um die Wertigkeit im Unternehmen aufzuzeigen und damit langfristigen Erfolg zu sichern.¹⁴⁵

Als Nachteil für ein betriebliches Gesundheitsmanagements kann lediglich der Zusatzaufwand für die Bereitstellung der Ressourcen in der Organisation angeführt werden. Wobei auch hier Möglichkeiten gegeben sind den Aufwand einzugrenzen und erst nach und nach zu steigern. Beispiele hierfür sind die Organisationsarbeit für etwaige Betriebssportgruppen, Kurse und Events zum Thema Gesundheit. Ein Punkt, den man nur unter Umständen in den Bereich der Nachteile schreiben sollte, ist die Tatsache, dass betriebliches Gesundheitsmanagement keine kurzfristigen Ergebnisse bringt. Nur durch die dauerhaft organisierte Durchführung von Präventionsmaßnahmen können sich der Körper und die Psyche positiv entwickeln und diesen Zustand beibehalten. Für das Unternehmen bedeutet dies, dass die Kosten für eine Einführung von betrieblichem Gesundheitsmanagement nicht durch

¹⁴⁴ Vgl. Singer, Neumann: 2010: 62f.

¹⁴⁵ Vgl. BMG, 2011

sofortige Gewinnsteigerungen ausgeglichen werden, sondern erst in langfristigen Entwicklungen wiedergespiegelt werden.¹⁴⁶

4.2.2 Anwendung von Bonussystemen

Generell sollte in Hinsicht auf Prävention vorsichtig mit Bonussystemen gearbeitet werden. Bonussysteme sind zwar meist erfolgreich was die Quote der absolvierenden Mitarbeiter betrifft, allerdings werden oft diese Bonussysteme wegen dem materiellen Wert abgeschlossen und nicht, wie eigentlich gedacht, wegen der Präventionsmaßnahmen. Daher müssen Unternehmen durch andere Marketing-Maßnahmen erreichen, dass Mitarbeiter für die angebotenen Präventionsmaßnahmen ermutigt werden und diese primär zur Förderung ihrer Gesundheit durchführen und erst der positive Nebeneffekt einen zusätzlichen Anreiz und Wert schafft.¹⁴⁷

Außerdem sollten die Unternehmensleitung und die Personalabteilung darauf achten, ob und inwiefern Mitarbeiter Events wie zum Beispiel den jährlichen Gesundheitstag annehmen, um daraus eine der benannten Marketing-Maßnahmen zu erstellen. Natürlich muss solch eine Maßnahmen öfter als einmal im Jahr stattfinden, um auch Neuerungen und Erkenntnisse immer auf dem aktuellen Stand zu halten und den Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, ihren Gesundheitszustand regelmäßig überprüfen zu lassen.¹⁴⁸

4.2.3 Positive Verstärker von Präventionsmaßnahmen

Die Gesundheitsausgaben Deutschlands lagen im Jahr 2011 bei 293,8 Milliarden Euro, was pro Einwohner 3590 Euro ausmacht. Im Gegensatz zum Vorjahr waren es 1,9 Prozent und 5,5 Milliarden Euro mehr. Damit ist der Gesundheitssektor der größte Wirtschaftssektor in Deutschland. Aktuell arbeitet jeder zehnte Deutsche, also 4,2 Millionen Menschen, im Gesundheitssystem. Und die Tendenz ist stetig steigend. Nach einer Studie von Roland Berger wächst der Gesundheitsmarkt bis 2020 um 74

¹⁴⁶ Vgl. TKK

¹⁴⁷ Vgl. BMG, 2010

¹⁴⁸ Vgl. BMG, 2010

Prozent auf 453 Milliarden Euro.¹⁴⁹ Gründe dafür sind die steigende Lebenserwartung, wodurch die Bürger länger gesünder leben können. Vom medizinisch-technischen Fortschritt gehen die größten Wachstumsimpulse aus, da die Bevölkerung immer älter wird. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowohl der gesetzlichen, als auch der privaten Krankenkasse wird kontinuierlich ansteigen und folglich werden auch die Verwaltungskosten der Krankenkassen und die Lohnfortzahlungen der Arbeitsgeber im Krankheitsfall ansteigen. Dementsprechend wird das Gesundheitswesen von aktuell 11,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 2020 auf etwa 15,5 Prozent ansteigen. Somit wirkt das Gesundheitswesen in Deutschland einerseits als ein sehr großer Arbeitsgeber und andererseits als kräftigster Wirtschaftsmotor. Auch das Marketing im Gesundheitssektor wächst stetig, wodurch natürlich auch Präventionsmaßnahmen und deren Vermarktung immer mehr Aufmerksamkeit bekommen und begehrter werden. Die Thematisierung von Prävention wird in den nächsten Jahren stetig ansteigen und immer mehr Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden Präventionsmaßnahmen ausprobieren und einführen.¹⁵⁰

5 Rehabilitation

Nach der Analyse der Präventionsmaßnahmen soll der Vollständigkeit halber ein Blick auf die vorhandenen Rehabilitationsmaßnahmen des Beispielunternehmens geworfen werden. Doch zuerst eine kurze Definition: Die Rehabilitation wird ausschließlich eingesetzt, nachdem schon eine Krankheit diagnostiziert und eine medizinische Behandlung erfolgt ist bzw. ein operativer Eingriff stattgefunden hat. Aber auch hier werden drei verschiedene Rehabilitationsdefinitionen unterschieden. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um möglichen Behinderungen oder möglicher Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, Zuspitzung dieser zu verhindern oder sie gänzlich zu beseitigen. Leistungen zur sozialen Rehabilitation, um eine Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben zu fördern, die eine Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld der Betroffenen ermöglichen. Und Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, die eine Wiedereingliederung der Betroffenen in das Arbeitsleben fördern.¹⁵¹

¹⁴⁹ Vgl. DESTATIS, 2011

¹⁵⁰ Vgl. INSM, 2011

¹⁵¹ Vgl. BMG: Rehabilitation, 2013

Im Beispielunternehmen wird hauptsächlich mit der letzten Leistung gearbeitet, damit sich die Mitarbeiter durch ein bestehendes Eingliederungsmanagement langsam wieder an ihre Arbeitstätigkeit gewöhnen können ohne überfordert zu werden. Neben regelmäßigen Nachuntersuchungen der Betriebsärztin vor Ort werden auch Beratungsgespräche mit Mitarbeitern und Vorgesetzten angeboten, um den Betroffenen neue Abläufe näher zu bringen und sich wieder ins Team integrieren zu können. Außerdem werden verschiedene arbeitsplatztechnische Maßnahmen angeboten, falls der zurückkehrende Mitarbeiter sich nicht oder nur sehr langsam an das Arbeitsklima gewöhnen kann. Unter anderem werden Änderungen am Arbeitsplatz und der Arbeitszeit, Versetzungen oder arbeitsmedizinische Maßnahmen getestet, um den Mitarbeiter wieder zur höchsten Leistungsfähigkeit zu führen.

Auch nach der Elternzeit werden Wiedereingliederungsmaßnahmen, vor allem aber eine stufenweise Erhöhung der täglichen Arbeitszeit in Abstimmung mit der Personalabteilung angewandt.¹⁵²

6 Aufwand-Nutzen-Betrachtung

6.1 Kosten-Nutzen

Die bei einer Kosten-Nutzen-Betrachtung relevanten Größen sind je nach Bereich verschieden, in dem die Kosten und Mittel eingesetzt werden. Um eine genaue Rechnung zu erstellen muss eine Langzeitstudie durchgeführt werden, die über mehrere Jahre beziehungsweise Jahrzehnte läuft, da die Wirkung von Präventionsmaßnahmen nicht kurzfristig eintritt, sondern die Teilnehmer langfristig und bis ins hohe Alter gesund hält. Beispielsweise der Aufwand, der für eine Ernährungsberatung anfällt, also Kosten für Räumlichkeiten, den Ernährungsexperten, Kosten für Teilnehmer, sind Kosten, die vom Unternehmen getragen werden. Zieht man nun diese Ernährungsberatung als Aufwand in die Betrachtung und will den Nutzen erkennbar machen, muss man die Teilnehmer der Beratung in verschiedene Kategorien einteilen. Einerseits gibt es diejenigen, die in Zukunft weiterhin kaum auf ihre Gesundheit achten und letztendlich doch wegen Übergewicht, Herz-Kreislauf-Problemen oder anderen Stoffwechsel bedingten Erkrankungen weniger Leistung erbringen können und das Unternehmen neben den

¹⁵² Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 3

zusätzlichen Personalkosten und gegebenenfalls Umsatzminderungen auch Wiedereingliederungsmaßnahmen kosten. Andererseits gibt es die Gruppe der Teilnehmer, die durch eine Veränderung in der Ernährungsweise ihren Lebensstil insofern ändern, dass sie in Kombination mit anderen Präventionsmaßnahmen lange gesund bleiben. Diese zweite Gruppe kann dem Unternehmen auch in fortgeschrittenem Alter ihre Leistungsfähigkeit und Energie zukommen lassen und ist ein Beispiel für eine Steigerung der Effizienz durch Einsatz von Präventionsmaßnahmen mit vorhandenen Ressourcen.

Die Kosten der Präventionsmaßnahmen werden im analysierten Beispielunternehmen nicht durch ein separat ausgewiesenes Budget abgedeckt, sondern sind im Budget beinhaltet, das der Personalabteilung zugeordnet ist.¹⁵³ Die Personalabteilung entscheidet nun, inwiefern die erforderlichen Mittel für Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen eingesetzt werden. Problematisch hierbei könnte sich eine Entscheidung der Personalabteilung des Unternehmens auswirken: Welche Präventionsmaßnahmen werden angeboten? Welcher Anteil des Budgets wird hierfür ausgegeben? Dies sind Fragen, die in der Entscheidungsmacht des Unternehmens stehen. Die Einbindung der Mitarbeiter wird ermöglicht über Vorschläge für Maßnahmen, die sich zum Beispiel am jährlichen Gesundheitstag des Unternehmens präsentieren, nach Abstimmung eine Probephase bekommen. Bei genügend Zuspruch können diese als dauerhafte Präventionsmaßnahme im Unternehmen eingeführt werden.

„Der Nutzen eines BGM übersteigt i.d.R. die dafür notwendigen Investitionsausgaben bei weitem. Zur Verdeutlichung bietet sich die Darlegung ausgewählter amerikanischer Studienergebnisse von Aldana an: Bei der Untersuchung in Bezug auf die finanziellen Auswirkungen der BGF wurden teilweise signifikante Kosteneinsparungen ermittelt. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei der Vermeidung fehlzeitenbedingter Kosten liegt einigen Studien zufolge bei 1:2,5 bis 1:4,85. Dieses bedeutet, dass eine Investition in die Gesundheit und in das Wohlbefinden der Belegschaft von 1 US-\$ zu einer Kosteneinsparung von 2,50 bis 4,85 US-\$ führt.¹⁵⁴ Auch Kosten-Nutzen-Analysen mit Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege weisen in die gleiche Richtung. Frühe amerikanische Unternehmensbefragungen zeigten z.B. bereits enorme Kosteneinsparpotentiale infolge der Vermeidung von Nachteilen unzureichender Vereinbarkeit verschiedener Lebensbereiche auf. So wurde berichtet, dass bei fehlender betrieblicher Unterstützung eine Zunahme der Unpünktlichkeit, des Absentismus und von Fehlzeiten sowie ein Anstieg der Telefonkosten, aber auch eine eingeschränkte

¹⁵³ Vgl. Anhang: Fragebogen Beispielunternehmen: 3

¹⁵⁴ Vgl. Singer, Neumann, 2010: 55 zitiert nach Kreis, Bödeker, 2003: 30

Produktivität und Qualität auftraten. Weiterhin wurde eine verminderte Arbeitszufriedenheit und -moral reklamiert. Als weiteres Problem wurde der zunehmende Verlust qualifizierter Arbeitskräfte durch Kündigung, Freistellung oder Vorruhestand genannt.“¹⁵⁵

6.2 Betriebssport im Feierabend als Kosten-Nutzen-Effizienz

Sport zählt allgemein als Ausgleich von Stress und Anspannung.¹⁵⁶ Die Mitarbeiter bekommen durch die Sportgruppen nach Feierabend daher einen Ausgleich im Gegensatz zu anderen Mitarbeitern, die ihren Alltagsstress und die Anspannung nicht abbauen. Außerdem wird durch die sportliche Aktivität das Skelett- und Muskelsystem des Körpers angeregt und die Ausdauer trainiert,¹⁵⁷ was bei Regelmäßigkeit zur Anpassung an höhere Belastungen führt. Die Teilnehmer der Sportgruppen haben also im Gegensatz zu Nicht-Trainierten einen Vorteil, da sie mehr Leistungsfähigkeit bieten können. Bekommt ein untrainierter Mitarbeiter Probleme mit dem Herz-Kreislauf-System müssen durch die Krankenkassen die vom Arzt angeordneten Maßnahmen bezahlt werden, die den Patienten wieder physisch stabilisieren sollen. Auch das Unternehmen hat Einbußen, da der Mitarbeiter aus gesundheitlichen Gründen nicht vollständig leistungsfähig ist und seine Produktivität sinkt. Aus dieser Sicht hat die Krankenkasse und vor allem das Unternehmen die Aufgabe rechtzeitig auf Präventionsmaßnahmen zu Erhaltung der wichtigen Grundlage optimales Herz-Kreislauf-System, wie zum Beispiel die Betriebssportgruppen, aufmerksam zu machen, um dem Mitarbeiter Möglichkeiten zu bieten, die die körperliche und geistige Verfassung festigen. Vorrangig werden wirksame aber auch monetär vertretbare Möglichkeiten aus dem Bereich Sport und Bewegung angeboten, die deutlich günstiger sind, als später anfallende Rehabilitationskosten bei Ausfall der Mitarbeiter die ohne Engagement im Fitnessbereich leben.¹⁵⁸

¹⁵⁵ Vgl. Singer, Neumann, 2010: 55

¹⁵⁶ Vgl. n-tv.de: 2006

¹⁵⁷ Vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2002

¹⁵⁸ Vgl. BMG, 2010

6.3 Reflektieren der Aufwand-Nutzen-Betrachtung

Im analysierten Beispielunternehmen wird bereits eine Vielzahl an Präventionsmaßnahmen und auch Rehabilitationsmaßnahmen angeboten. Die Mitarbeiter haben ein großes Angebot an Möglichkeiten, um sowohl physisch verschiedene sportliche Aktivitäten durchzuführen, die den Körper trainieren und belastbarer machen, als auch psychisch durch Entspannungstherapien und Kurse den Alltagsstress abzubauen. Die Kantine bietet ausschließlich frische und konservierungsstofffreie Kost an, was auch der erste Schritt in Richtung einer gesunden Ernährung ist. An diesem Punkt muss in Zukunft auch auf ausgewogene und gesunde Ernährung geachtet werden, um den Mitarbeitern durch kulinarische Angebote den Spaß am gesunden Essen näher zu bringen.

7 Fazit

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, hauptsächlich die Prävention, aber auch die Rehabilitation in Bezug auf Bewegungsmangel-, Wohlstands- und Zivilisationskrankheiten darzustellen. Um die Bezüge des betrieblichen Gesundheitsmanagements ausreichend zu erklären, musste der Unterschied zu betrieblicher Gesundheitsförderung und auch zum Personalmanagement verdeutlicht werden. In Großunternehmen ist ein betriebliches Gesundheitsmanagement oft weit verbreitet, wodurch sowohl ein Personalmanagement durch Führungskräfte und Personalabteilung, als auch die betriebliche Gesundheitsförderung zum Stärken der vorhandenen Ressourcen zur Gesundheitserhaltung integriert sind. In kleinen und mittelständischen Unternehmen hingegen werden Präventionsmaßnahmen erst schrittweise in den Betrieb und Arbeitsalltag aufgenommen, da Führungskräfte und Personalabteilung aufgrund mangelnder Ressourcen kaum Gelegenheit haben, sich um neue Aufgaben im Unternehmen, wie zum Beispiel dem betrieblichen Gesundheitsmanagement, zu kümmern. Nachdem zu Beginn dieser Arbeit der medizinische Hintergrund der Bewegungsmangel-, Wohlstands- und Zivilisationskrankheiten erörtert wurde, folgte im zweiten Teil die Behandlung der Ursachen. Die Analyse eines mittelständischen Beispielunternehmens, welches in der Vergangenheit bereits Präventionsmaßnahmen eingeführt hat, dient als Bestandteil des Punktes Prävention. Dieses Unternehmen wurde im Verlauf der Arbeit bewertet und neue, vom Unternehmen noch nicht verwendete Maßnahmen

und Strategien wurden aufgeführt und erklärt. Besonders positiv hervorzuheben sind jedoch die bereits bestehenden Maßnahmen des Beispielunternehmens, wie Kurse zu Entspannungstechniken, Rückenschule und auch der jährliche Gesundheitstag.

Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Prävention im Allgemeinen, da hierbei, im Vergleich zur Rehabilitation, mit verhältnismäßig niedrigem Aufwand, sowohl das physische als auch das psychische Wohlbefinden der Mitarbeiter optimiert werden kann. Dies wird vor allem in der abschließenden Aufwand-Nutzen-Betrachtung deutlich. Die Kosten von Präventionsmaßnahmen fallen geringer aus, als der Kostenaufwand für eine vergleichbare rehabilitative Maßnahme. Um die bevorstehenden Probleme und Herausforderungen im Gesundheitswesen, bei allen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Zusammenhängen lösen zu können, muss zuerst die Bereitschaft zur Umstellung von der rehabilitativen Gesundheitspolitik hin zur Prävention stattfinden. Insofern sollte angestrebt werden, dass sich alle Beteiligten am Gesundheitswesen, wie zum Beispiel staatliche Institutionen, Versicherungsträger, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, in Zukunft noch intensiver und ausführlicher mit dem Thema der Prävention im Gesundheitssystem befassen.

Literaturverzeichnis

Onlinequellen:

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Metabolisches Syndrom - Was ist ein metabolisches Syndrom?, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_was-ist-ein-metabolisches-syndrom_647.html, Stand 23.05.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Bluthochdruck - Ursachen & Risikofaktoren, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_bluthochdruck-ursachen-risikofaktoren_153.html, Stand 02.06.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Bluthochdruck - Was ist Bluthochdruck?, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_was-ist-bluthochdruck_150.html, Stand 02.06.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Akute periphere arterielle Verschlusskrankheit - Ursachen und Risikofaktoren, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_pavk-ursachen-risikofaktoren_58.html, Stand 02.06.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Akute periphere arterielle Verschlusskrankheit - Erste Anzeichen einer pAVK, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_pavk-erste-anzeichen_59.html, Stand 02.06.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Akute periphere arterielle Verschlusskrankheit - Symptome einer pAVK, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_pavk-symptome_60.html, Stand 02.06.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Akute periphere arterielle Verschlusskrankheit - Vorsorge und Schutz, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_pavk-vorsorge-schutz_64.html, Stand 02.06.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Osteoporose - Risikofaktoren für Osteoporose, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_osteoporose-risikofaktoren_1154.html, Stand 02.06.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Osteoporose - Prognose und Verlauf, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_osteoporose-prognose-verlauf_1160.html, Stand 02.06.2013.

BDI - Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (2013). Osteoporose - Behandlung bei Osteoporose, URL: http://www.internisten-im-netz.de/de_osteoporose-behandlung_1159.html, Stand 02.06.2013.

BDN - Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (2013). Depressionen - Ursachen - Krankheiten, URL: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=1&id=15&nodeid=21>, Stand 10.06.2013.

BDN - Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (2013). Depressionen - Krankheitsbild - Krankheiten, URL: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=3&id=15&nodeid=21>, Stand 10.06.2013.

BDN - Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (2013). Depressionen - Allgemeines - Krankheiten, URL: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=0&id=15&nodeid=21>, Stand 10.06.2013.

BDN - Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (2013). Depressionen - Therapiekonzept/Behandlungsphasen - Krankheiten, URL: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=8&id=15&nodeid=21>, Stand 10.06.2013.

BDN - Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (2013). Sucht allgemein - Allgemeines - Krankheiten, URL: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?id=58&nodeid=24>, Stand 10.06.2013.

BDN - Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (2013). Sucht allgemein - Ursachen - Krankheiten, URL: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=1&id=58&nodeid=24>, Stand 10.06.2013.

BDN - Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (2013). Sucht allgemein - Therapie - Krankheiten, URL: <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=5&id=58&nodeid=24>, Stand 10.06.2013.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2013). Demographischer Wandel, URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/herausforderungen/demografischer-wandel.html>, Stand 07.07.2013.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2010). Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention, URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-V-09053-Ratgeber-Zur-Gesundheitlichen-Praevention_201005_01.pdf, Stand 23.05.2013.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2011). Unternehmen unternehmen Gesundheit, URL: <http://www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche->

gesundheitsfoerderung/unternehmen-unternehmen-gesundheit.html, Stand 10.07.2013.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2013). Rehabilitation, URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/leistungen/rehabilitation.html>, Stand 11.07.2013.

Boschert; Heinold; Peschke; Schreiber; Krank; Hubmann (2013). Gelenkerkrankungen, URL: <http://www.die-sportorthopaeden.de/spezialisierung/gelenkerkrankungen/>, Stand 02.06.2013.

business-wissen.de (2008). Personalabbau - Trennungskultur pflegen statt einfach Mitarbeitern kündigen, URL: <http://www.business-wissen.de/personalmanagement/personalabbau-trennungskultur-pflegen-statt-einfach-mitarbeitern-kuendigen/>, Stand 07.07.2013.

Cegla R.; Ebinger A. (2013). Asthma - Asthma bronchiale Symptome, Ursachen, Behandlung, Therapie, URL: <http://www.cegla.de/asthma-bronchiale.html>, Stand 07.06.2013.

Cegla R.; Ebinger A. (2013). COPD - Symptome, Ursachen, Behandlung, Therapie, URL: <http://www.cegla.de/copd.html>, Stand 07.06.2013.

Combi: Die Ernährungspyramide URL: <http://www.combi.de/gesunde-ernaehrung/gesund-aktiv/die-ernaehrungspyramide.html>, Stand 07.07.2013.

DAG - Deutsche Adipositas Gesellschaft (2010). Gesundheitsproblematik, URL: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=8>, Stand 11.07.2013

DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2009). Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, URL: <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>, Stand 07.07.2013.

DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2011). Gesundheitsausgaben - <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Aktuell.html>, Stand 08.07.2013.

Deutsche Mittelstands Nachrichten (2012). Unternehmen nutzen Krise: Einfache Arbeitskräfte werden gekündigt und durch Maschinen ersetzt, URL: <http://www.deutsche-mittelstands-nachrichten.de/2012/11/48195/>, Stand 15.06.2013.

DZD - Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (2013). Therapie des Typ-2-Diabetes, URL: <http://www.dzd-ev.de/diabetes-die-krankheit/therapie-des-typ-2-diabetes/index.html>, Stand 13.09.2013.

Focus Online (2012): Bewegungsmangel kostet jährlich fünf Millionen Menschen das Leben, URL: http://www.focus.de/gesundheit/news/gefaehrlicher-couch-potato-lebensstil-bewegungsmangel-kostet-jaehrlich-fuenf-millionen-menschen-das-leben_aid_783440.html, Stand 13.09.2013.

Gabler Wirtschaftslexikon (2013). Drei-Sektoren-Hypothese, Springer Gabler Verlag, URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/58475/drei-sektoren-hypothese-v6.html>, Stand 15.06.2013.

Geißler R. (2010). Entwicklung zur Dienstleistungs-Gesellschaft, URL: <http://europe.hkbu.edu.hk/euro3120texts/wand-mat/geisler.htm>, Stand 07.07.2013.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013): Erbkrankheiten, URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8577, Stand 13.09.2013.

Gesundheit & Management (2013): Bessere Work-Life-Balance - Die goldenen Anti-Stress-Regeln für Führungskräfte, URL: <http://www.gesundheitsmanagement.com/gesundheitsfoerdernd-fuehren/bessere-work-life-balance-die-goldenen-anti-stress-regeln-fuer-fuehrungskraefte/>, Stand 13.09.2013.

Hamm C.: Koronare Herzkrankheit 2010, URL: <http://www.herzstiftung.de/KHK.html>, Stand 02.06.2013.

INSM - Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (2011). Der Gesundheitssektor als Job- und Wachstumsmotor, URL: <http://www.insm.de/insm/Publikationen/Dossiers/Soziales/INSM-Dossier-Gesundheit/Der-Gesundheitssektor-als-Job-und-Wachstumsmotor.html>, Stand 08.07.2013.

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013). Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in der gesetzlichen Krankenversicherung, URL: <http://www.kbv.de/themen/11437.html>, 15.06.2013.

Kickbusch I. (2006). Die Gesundheitsgesellschaft - Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, URL: <http://www.gesundheitsgesellschaft.de/die-gesundheitsgesellschaft/home/index.shtml>, Stand 07.07.2013.

Langhoff F.; Rueth M.-J. (2013). Knorpelschäden, URL: <http://www.sportklinik-stuttgart.de/de/kompetenzen/knie/knorpelschaeden/>, Stand 02.06.2013.

Medialexikon - Wissen (2010). Ballungsraum, URL:
<http://www.medialine.de/deutsch/wissen/medialexikon.php?snr=685>, Stand
07.07.2013.

Medivere - Gesundheit im Netz (2011). Dyslipoproteinämie, URL:
http://www.medivere.de/seiten/ek_detail_1.php?id=380&subid=226, Stand
23.05.2013.

Merkle R. (2013). Burnout-Syndrom: Ursachen und Symptome, URL:
<http://www.palverlag.de/Burnout.html>, Stand 10.06.2013.

n-tv.de (2006): Mit Sport gegen Arbeitsstress - Bewegung schafft Ausgleich, URL:
<http://www.n-tv.de/wissen/Bewegung-schafft-Ausgleich-article189212.html>, Stand
13.09.2013.

OECD - Organization for Economic Cooperation and Development (2010). Obesity
and the Economics of Prevention: Fit not Fat, URL:
<http://www.oecd.org/dataoecd/13/4/46067839.xls>, Stand 23.05.2013.

Sportklinik Stuttgart (2013): Knorpelschäden, URL: <http://www.sportklinik-stuttgart.de/de/kompetenzen/knie/knorpelschaeden/>, Stand 13.09.2013.

Statista (2012). Anteile der Wirtschaftssektoren am Bruttoinlandsprodukt in Industrie-
und Schwellenländern, URL:
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/37088/umfrage/anteile-der-wirtschaftssektoren-am-bip-ausgewaehlter-laender/>, Stand 15.06.2013.

Der Tagesspiegel (2008): Ist die Evolution des Menschen am Ende? - Der britische
Steve Jones stößt auf heftigen Widerspruch unter Anthropologen. Der Genetiker
vertritt die These, dass die Evolution des Menschen beendet sei, URL:
<http://www.tagesspiegel.de/wissen/forschung-ist-die-evolution-des-menschen-am-ende/1381668.html>, Stand 13.09.2013.

Der Tagesspiegel (2013): Ausflug in die Steinzeit - Zwischen weltberühmten Speeren
und Przewalski-Pferden: Im „Paläon“ in Schöningen lässt sich erfahren, wie das
Leben unserer Vorfahren vor 300 000 Jahren aussah, URL:
<http://www.tagesspiegel.de/wissen/archaeologie-ausflug-in-die-steinzeit/8399266.html>, Stand 13.09.2013.

TKK - Techniker Krankenkasse: Widerstände gegen betriebliches
Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen - Gründe,
Bedingungen und Wege zur Überwindung, ohne Jahr, URL:
http://www.gesundheitswirtschaft.ihk.de/linkableblob/988512/data/09-Gesundheit-in-KMU_TK-Studie-data.pdf, Stand 10.07.2013.

Wagner-Nagy, T. (2012): Neuartige Grippeviren befallen Seehunde, URL: <http://www.sueddeutsche.de/wissen/influenza-neuartige-grippeviren-befallen-seehunde-1.1427121>, Stand 13.09.2013.

WHO - World Health Organisation (2013). World Health Day: A global brief on HYPERTENSION - Silent killer, global public health crisis 2013, URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf, Stand 07.07.2013.

Wolff V. (2012). Burn-out Syndrom - Wenn Körper und Psyche blockieren, URL: <http://www.sueddeutsche.de/karriere/burn-out-syndrom-wenn-koerper-und-psyche-blockieren-1.1375769>, Stand 10.06.2013.

Buchquellen:

Bartl, R.; Bartl, C.; Mutschler, W. (2003): Diagnostik und Therapie der Osteoporose, in Der Unfallchirurg, Volume 106, Issue 7.

Burisch, M. (2006): Das Burnout-Syndrom - Theorien der inneren Erschöpfung, Zahlreiche Fallbeispiele, Hilfe zur Selbsthilfe. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

DGEM - Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (2007): Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. München.

Diehm, C. (2007): Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), in Schölmerich, J. (2007/2008): Medizinische Therapie. Springer Verlag, Berlin.

ENWHP (2007). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, deutsche Übersetzung. ohne Ort.

Faltermaier, T. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter, in Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarb. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern. 71-77.

Fischer, J.; Schnabel, M.; Sitter, H. (2007): Rehabilitation von Patienten mit Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) - Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Gohlke, H. (1984): Verschiedene Formen der Angina Pecotris, in Handbuch der inneren Medizin, Volume 9. Springer Verlag, Berlin. 593f.

Hafen, M. (2007): Grundlagen der systematischen Prävention. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 300, 310.

Hense, H.W. (2004): Epidemiologie der arteriellen Hypertonie. Springer Verlag, Berlin.

Holtbrügge, D. (2004): Personalmanagement, Berlin, Heidelberg, New York.

Israel S. (1995). Muskelaktivität und Menschwerdung - technischer Fortschritt und Bewegungsmangel. Reflexionen über die Notwendigkeit regelmäßiger körperlicher (sportlicher) Bewegung, Academia-Verlag, Sankt Augustin.

Jakob, F. (2005): Primäre und sekundäre Osteoporose - Die wichtige Rolle des Internisten bei der Differenzialdiagnose, in Der Internist, Volume 46, Issue 1.

Jung, H. (2005): Personalwirtschaft, 6., überarb. Aufl. München.

Kreis, J.; Bödeker, W. (2003): IGA-Report3-Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Essen. URL: www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga_report_3.pdf. Stand: 10.04.2008.

Kroll D.; Dzudzek J. (2010). Neue Wege des Gesundheitsmanagements. „Der gesunderhaltende Betrieb“ - Das Beispiel Rasselstein. Gabler Verlag, Wiesbaden.

Leppin, A. (2007): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention - Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, in Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarb. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern. 31f.

Lerch, P.; Hodler, G.; Förtsch, V. (2002): Process for preparation of reconstituted lipoproteins. Bern.

Nawroth, P.P. (1999): Kompendium Diabetologie. Springer Verlag, Berlin, 87, 111, 130, 172, 217.

Piesbergen, C.; Middeke, M.; Butollo, W. (1996): Diagnostik und Therapie von Bluthochdruck durch kontinuierliche Messung und Rückmeldung. In: Hypnose und Kognition. München. Vol. 13, Nr. 1 + 2: 211-223.

Pinquart, M.; Silbereisen, R.K. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter, in Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarb. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern. 61.

Pfaff, H. (2001). Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: H. Pfaff: Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, Weinheim / München, 27-49.

Seidel, H.J. (2007): Prävention in der Arbeitsmedizin, in Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2007): Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarb. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern. 233f.

Singer, S. (2010): Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in Esslinger, A.S.; Emmert, M.; Schöffski, O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagment. Gabler Verlag, Wiesbaden. 45.

Singer, S.; Neumann, A. (2010): Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration, in Esslinger, A.S.; Emmert, M.; Schöffski, O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagment. Gabler Verlag, Wiesbaden. 55, 62f.

Sporket, M. (2011): Organisationen im Demographischen Wandel - Altersmanagement in der betrieblichen Praxis. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Stähr, U. (2010): Vom Konzept zur praktischen Umsetzung: Erfolgsfaktoren und Stolpersteine - Aktionsplanung, in Esslinger, A.S.; Emmert, M.; Schöffski, O. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagment. Gabler Verlag, Wiesbaden. 273ff., 277, 278.

Thurm U.; Gehr B. (2005). Diabetes- und Sportfibel. Mit Diabetes weiter laufen. 2., überarb. Aufl. Mainz, 53f., 169f.

Wehrhahn, R.; Sandner Le Gall, V. (2011). Bevölkerungsgeographie, 48f., WBG Darmstadt.

Zielke, M.; Mark, N (1990): Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin - Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Fachzeitschriften:

Bundesanstalt für Arbeit: IAB - Kurzbericht (2003): Steuert Deutschland langfristig auf einen Fachkräftemangel zu?. Ausgabe Nr. 9. 07.07.2003, URL:

<http://seminar.severing.info/Reinberg-IAB-Fachkraftemangel-kb0903.pdf>, Stand 10.09.2013.

Der Internist: Hanefeld, M.; Schaper, F.; Ceriello, A. (2007): Geschichte und Definition(en) des metabolischen Syndroms. Springer Verlag, ohne Ort, 117ff.

Deutsches Ärzteblatt, Heft 9; Assmann, G.; Schettler, G. (1987):: Die Prävention der koronaren Herzkrankheit. Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 99, Heft 9; Hoffmann, G. (2002):: Prävention durch Bewegung und Sport. Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Deutsches Ärzteblatt, Heft 23; Kurth, B.; Ellert, U. (2008): Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?. Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin; Engelhardt, M. (2003): Epidemiologie der Arthrose in Westeuropa. ohne Ort.

Heseker, H.; Schmid, A. (2000): Therapeutische Umschau: Epidemiologie der Adipositas. Hans Huber Verlag, ohne Ort.

Journal für Hypertonie: Leithner, C. (2007): Risikofaktor Rauchen - Kardiovaskuläre Bedeutung und Strategien zur Rauchentwöhnung. Verlag für Medizin und Wirtschaft, Gablitz.

Journal für Kardiologie: Toplak, H. (2005): Das Metabolische Syndrom - Beginn des „Tödlichen Quartetts“?. Verlag für Medizin und Wirtschaft, Gablitz.

Kopetsch T. (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlenentwicklung. ohne Ort.

Lohmann-Haislah A. (2012). Stressreport Deutschland. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2012.

Medizinische Klinik; Scheidt-Nave, C.; Ziegler, R.; Raspe, H. (1998): Epidemiologie der Osteoporose. Urban & Vogel, München.

Oxford Journals: Knoblauch, H.; Bauerfeind, A.; Krähenbühl, C.; Daury, A.; Rohde, K.; Bejanin, S.; Essioux, L.; Schuster, H.; Luft, F. C.; Reich, J.-G. (2002): Common haplotypes in five genes influence genetic variance of LDL and HDL cholesterol in the general population. Volume 11, Issue 12. Oxford University Press, Oxford.

Pohl, H.-J. (1970): Kritik der Drei-Sektoren-Theorie. Tümmels Buchdruckerei und Verlag, Nürnberg.

Richter WO. (2003). Adipositas und arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Fettstoffwechselstörungen - Therapie mit Sibutramin. Verlag Krause und Pachernegg GmbH. Gablitz.

WMW - Wieder Medizinische Wochenschrift: Studnicka, M. (2005): Epidemiologie und Prävention der COPD. Springer Verlag, Wien.

Zeitschrift für Rheumatologie; Schäfer, M.; Dreinhöfer, K. (2009): Sport und Arthrose. Springer Verlag, Berlin.

Anhang

Fragebogen Beispielunternehmen:

Fragen zur Bachelorarbeit Gesundheitsmanagement

Tobias Oerterer

Hochschule Mittweida

Feb 2013

Unternehmensreferenz

Unternehmen 1

Anzahl der Mitarbeiter im Unternehmen:

464

Zahlen Stand 31.12.2012

Personalstruktur:

Geschlecht: männlich 73,7%

weiblich 26,3%

Altersgruppen: <30 Jahre 15,7%

30-50 Jahre 57,1%

50< Jahre 27,2%

Berufsgruppen: Angestellte 64,4%

Gewerbliche 35,6%

Dienstleister 0,4%

Arbeitsumfeld: Büro 48,1%

Betrieb/Werk/Baustelle 50,2%

Außendienstler 1,7%

Welche der o.g. Struktur-Kriterien haben einen wesentlichen Hebel, in Bezug auf Leistungs-fähigkeit und Effektivität in ihrem Unternehmen ? (Markierung der zutreffenden Personalstruktur)

↑ Markierung der wesentlichen Hebel

Welche Möglichkeit wird genutzt, um die Effektivität und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu erfassen?

Mitarbeiterjahresgespräch, Zielvereinbarung- und Zielkontrolle, arbeitsmedizinische Untersuchungen

Fragen zu Prävention und Rehabilitation im Unternehmen

Frage 1: Gibt es ein Gesundheitsprogramm im Unternehmen? Wie sind die inhaltlichen Definitionen?	Einige Elemente eines Gesundheitsmanagementsystems sind vorhanden. Steuerung und Betreuung durch Personalabteilung, Betriebsärztin und Sicherheitsingenieur.
Frage 2: Werden Präventionsmaßnahmen im Unternehmen angeboten? Wenn ja, welche?	arbeitsmedizinische Pflichtuntersuchungen sowie freiwillige Untersuchungen Angebot von Kursen zur Entspannungstechniken, Rückenschule, Sensibilisierung vor burn-out, jährlicher Gesundheitstag
Frage 3: Gibt es einen bestimmten Ablauf, um Mitarbeiter an Präventionsmaßnahmen heranzuführen? (Wenn ja, welchen?)	Betriebsbegehungen der Betriebsärztin und des Sicherheitsingenieurs. Regelmäßige Sprechstunden der Betriebsärztin, Arbeitssicherheitsausschuss. jährlicher Gesundheitstag
Frage 4: Wird der Gesundheitszustand der Teilnehmer vor bzw. nach der/den Maßnahmen erfasst? Gibt es Wiederholungen? Zeitraum?	Vor- und Nachuntersuchungen der Betriebs- ärztin individuell unterschiedliche Zeiträume
Frage 5: Werden Präventionsmaßnahmen während der Arbeitszeit oder während der Freizeit angeboten? (Wenn kombiniert, welche Zeiträume? Wer legt diese fest?)	Untersuchungen in der Arbeitszeit Kursangebote zur Prävention und Sportangebote in der Freizeit, jedoch finanziert vom Unternehmen Festlegung erfolgt durch die Personal-abteilung
Frage 6: Gibt es firmeneigene Programme bzw. Krankenkassen-gestützte Programme, die den Mitarbeitern angeboten werden? (Wenn ja, welche?)	Rückenschule oder Progressive Muskelanspannung werden im Unternehmen mit externen Referenten durchgeführt. Möglichkeiten der Förderung durch die jeweiligen Krankenkassen werden genutzt.
Frage 7: Gibt es die Möglichkeit sich in der Firma sportlich zu betätigen? Wenn ja, welche?	in 5 Betriebssportgruppen: Schimmen, Kraftsport, Radfahren, Fussball und Tischtennis
Frage 8: Gibt es Trainingsprogramme bzw. Sportveranstaltungen, in denen Mitarbeiter durch allgemeine Vergleichsmöglichkeiten motiviert werden, mehr für ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu tun?	Derzeit keine eigene Sportveranstaltungen. Teilnahme von Mitarbeiter/innen am Firmensporttag des TV 1848 Erlangen

Frage 9: Von wem werden diese Trainings-programme bzw Sportveranstaltungen organisiert?	teilweise durch Mitarbeiter/innen selbst organisiert teilweise in Kooperation mit dem Sportverein TV 1848 Erlangen
Frage 10: Von wem werden die Trainingsprogramme finanziert?	Von den Erlanger Stadtwerken. Die Mitarbeiter/innen bezahlen für die Teilnahme an den Betriebssportgruppen einen geringen Grundbeitrag, der ausschließlich zur Versicherung der Teilnehmer verwendet wird.
Frage 11: Gibt es in der Kantine ein gesundheitlich-orientiertes Ernährungsangebot? Wenn ja, welches und mit welchem Hintergrund? Wenn nein, warum nicht?	Ja. Die Kantine ist selbst bewirtschaftet. Ein Küchenmeister kocht mit seinem Team nur aus frischen Zutaten. Keine vorgefertigten Speisen, keine Geschmackverstärker oder Konservierungsmittel.
Frage 12: Gibt es Schulungen bzw. Kampagnen zum Thema gesunde Ernährung? Wie oft finden diese statt?	Keine Schulungen. Im Rahmen des jährlichen Gesundheitstags gab es schon Tipps zur gesunden Ernährung.
Frage 13: Werden Mitarbeiter nach Langzeitausfallmaßnahmen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt? Wenn ja, durch welche Maßnahmen?	Nachuntersuchungen durch Betriebsärztin. Beratung von Mitarbeiter/innen und Vorgesetzten. Bestehendes Eingliederungs- management, Steuerung durch die Personal-abteilung. Maßnahmen: z.B. Änderungen am Arbeitsplatz, Arbeitszeit, Versetzungen, arbeitsmedizinische Maßnahmen,
Frage 14: Werden Mitarbeiter nach längeren Arbeitspausen anders unterstützt?	Eingliederungsmaßnahmen nach Elternzeit
Frage 15: Gibt es ein Jahresbudget für Präventionsmaßnahmen im Unternehmen? Wodurch setzt es sich zusammen?	Nein. Kein separates Budget. Erforderliche Mittel werden dem Budget Personalkosten zugeordnet.
Frage 16a: Werden Statistiken von Jahren mit mehr bzw. weniger Budget verglichen um mögliche Veränderungen in der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu ermitteln?	Nein.
Frage 16b: Wenn ja, gibt es einen auswertbaren Nutzen von Präventionsmaßnahmen?	

Frage 17: Wie wird auf eine Verschlechterung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter durch weniger Budget für Präventionsmaßnahmen bzw. Angebote reagiert?

Nein.

Frage 18: Wie wird auf eine Veränderung der Fehlzeiten der Mitarbeiter reagiert?

Mitarbeitergespräch. Termin mit Personal-abteilung und Betriebsärztin vereinbart. Steuerung Vorgesetzter mit Personal-abteilung.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname